

様式第2号（第5条関係）

岩国市高齢者補聴器購入費助成についての意見書

助成対象者情報	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 岩国市		
	電 話 番 号			
	現 在 の 聴力レベル	右 (_____ デシベル) ・ 左 (_____ デシベル) ※会話音域の平均聴力レベルを記入してください。		
	補 聴 器 の 必 要 性	1 補聴器の必要性 ☐ 必要 (☐ 右耳 ・ ☐ 左耳) 2 上記 1 で ☒ 必要 と判断した理由 ☐ 両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上であるため、補聴器が必要であると認めます。 ☐ 両耳の聴力レベルが 30 デシベル未満であるが、次の理由により (☐ 右耳 ・ ☐ 左耳) の補聴器が必要と認めます。 理由：		
	確 認 事 項	☐ 対象者は、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象外である。		
医 師 要 件	☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定に基づく医師である。			
上記のとおり意見する。 年 月 日				
所在地 医療機関名 医師名				