

## 本山町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書

### 【申請される方へ】

- 下の太枠内をご記入のうえ、この意見書を耳鼻咽喉科窓口にご提出ください。
- 本意見書の発行には、診療費とは別に意見書作成のための文書料が必要となります。
- 意見書は、発行後3ヶ月以内に本山町健康福祉課へご提出ください。

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
氏名			昭和			
住所	本山町					

### 【医療機関の皆様へ】

- 本用紙は、本山町が実施する高齢者補聴器購入費助成事業に係る書類です。  
患者様が持参した場合は、必要な聴力検査を実施のうえ、検査結果を記入及び添付（コピー可）し、患者様にお渡しください。
- ただし、診察及び検査の結果、身体障害者手帳（聴覚障害）の対象となる場合や、補聴器が不要と判断された場合は、以下の記入は不要です。（意見書作成料を徴収しないようお願いいたします。）

### 聴覚障害の状況及び所見

上記の者は、片耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満であり、日常生活に支障があるため補聴器の使用の必要性を認めます。

#### 4分法による聴力レベル

	右 耳			左 耳		
聴力レベル	dB			dB		
難聴の種類	伝音声	感音性	混合性	伝音声	感音性	混合性

※ オーディオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

年 月 日

医療機関

所在地

名称

医師氏名

印