様式第２号（第６条関係）

松川町軽度・中等度難聴者補聴器購入助成事業に関する医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年 　　月 　　日　 |
| 住所 | 松川町 |
| 診断名 |  | 聴力（四分法） | 右 | dB |
| 左 | dB |
| 補聴器の種類 （処方）※該当する項 目に○をして ください。 | １ 補聴器の装用耳右耳 　　　　　左耳 　　　　　両耳 |
| ２ 補聴器の種類耳かけ型　　ポケット型　　耳あな型 　　骨伝導式 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ）イヤーモールド（ 　　要 　　　否　　 ） |
| 上記の者は、両耳又は片耳の聴力が 70 デシベル未満であり、聴力機能の 低下により、日常生活に支障があるため、補聴器の使用が必要であると認める。年 　　　月 　　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　耳鼻咽喉科医師名 　　　　　　　　　　　　　　印 |