

様式第2号（第5条関係）

（宛先） 安曇野市長

医師意見書

安曇野市高齢者補聴器購入補助金交付要綱第5条第2項の規定により医師意見書を提出します。

※この欄は、申請者が記入してください。

フリガナ		生年月日
対象者氏名		年 月 日
住 所		

上記の対象者は、次のとおり聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

該当する 聴力レベル	※該当する項目に✓印をご記入ください。 ☐ 両耳とも中等度（40デシベル以上70デシベル未満）の難聴 ☐ 片耳の聴力が70デシベル以上で身体障害者手帳の交付対象とならない難聴 ☐ 片耳の聴力が40デシベル未満だが補聴器が必要
聴力検査結果	※オーディオグラムをこの欄に貼付、又は本書の裏面の右肩にホチキスで留めてください。

年 月 日

医療機関名 _____
医 師 名 _____