

## 医 師 意 見 書

## 【本人記入欄】

氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	(〒 - ) 日南市		

## 【医療機関記入欄】

聴 力 (4分法平均で記載 してください)	右 d B 左 d B
聴力レベルが 40 d B 未満で 補聴器が必要な理由	(記載欄が不足する場合は別紙(様式任意)を添付してください)
補聴器	要 ・ 否 (注意点などコメントがある場合、下記に記載してください)
(添付書類) オージオグラム(医師意見書 記入日から3か月以内のもの)	
上記のとおり診断し、対象者は補聴器装用が必要であることを認めます。  令和 年 月 日  医療機関名 医師氏名	

- ・本意見書は、日南市高齢者補聴器購入助成補助金の交付申請に要するものです。
- ・補助金交付の対象は、両耳ともに聴力レベルが40 d B以上70 d B未満で、身体障害者福祉法第15条第4項に規定する身体障がい者手帳の交付対象とならない方です。
- ・聴力レベルが40 d B未満の場合であっても、医師が装用の必要性があると認める場合はこの限りではありません。