

様式第2号（第5条関係）

白岡市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			

（医師の意見欄）

上記の者が次の状態に該当すると認められる場合、「□」にチェックを付けてください。

聴覚障害による障害者手帳の交付対象とはなりませんが、「両耳の聴力レベルが40デシベル以上」に該当します。

聴力低下のため日常生活に支障があり、補聴器の必要性を認めます。

作成日 年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号