

様式第2号（第5条関係）

坂戸市高齢者補聴器購入費補助金医師意見書

【対象者】

住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			

【医師意見欄】

上記の対象者は、日常生活に支障を来しているために補聴器が必要であると認めます。

※ 下記にチェックをお願いします。

記

必 須	<input type="checkbox"/> 聴覚障害の身体障害者手帳の交付対象とならない。
いずれか 一 つ	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満（中等度難聴）に該当する。 <input type="checkbox"/> 中等度難聴に該当しないが、次の理由により補聴器が必要である。 理由

作成日 年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

⑩

（署名又は記名押印）