様式第２号（第５条関係）

豊川市難聴高齢者補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 豊川市 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 氏　名 |  |
| 障害名及び原因となった疾病･外傷名 |  |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力レベル | 右：　　　　　　　　ｄＢ　　左：　　　　　　　　ｄＢ |
| 検査日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 補聴器の必要性 | 右（□必要　　□不要）　　左（□必要　　□不要） |
| その他参考意見 |  |
| １．意見書の記載は、身体障害者福祉法第１５条に規定する指定医師に限る。２．聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。 |
| 上記のとおり意見する。　　　　　　　　　年　　月　　日所　在　地医療機関名医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |