

第2号様式(第5条関係)

千歳市高齢者補聴器購入費等助成意見書

氏 名		生年月日	
4 分法平均 聴力レベル	左 dB	右 dB	
検 査 方 式	☐ オーディオメーター方式 ☐ その他（ ）		
特 記 事 項			
上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があることから、補聴器の装用が必要であると認めます。 年 月 日 医療機関名 医師名 （署名又は記名押印）			

- 1 本事業の対象者は、中等度難聴（両耳の4分法平均聴力レベルが「40 dB以上 70 dB未満」）の方です。
- 2 聴力レベルが身体障害者手帳の交付対象となる方は、本事業の対象者ではありません。