

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			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: center;">(署名又は記名押印)</p>			

本事業の対象者は、両耳の4分法平均聴力レベルが40dB以上で、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付の対象とならない方です。