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　　　　　　　㏈ | 右　　　　　　　㏈ | |
| 検査方式 | □　オージオメーター方式  □　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㏈以上70㏈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。