様式第２号（第５条関係）

呉市聴こえる楽しみ事業（高齢者補聴器等購入補助）意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 意見書代金 | 　　　　円 |
| 補聴器等購入希望者 |  |  | 生年月日 | 大正・昭和年　　月　　日（　　　　）歳 |
|  |
| 住所 | (〒　　-　　　)呉市 |
| 医師の意見 | 聴　力右（　　　ｄＢ）左（　　　ｄＢ）※会話音域の平均聴力レベル鼓膜の状態（　検査結果は，別紙添付でも可　） |
| 補助要件確認チェック | 確認事項□ 呉市に住民票があること□ 耳鼻咽喉科で補聴器相談医が補聴器等の使用が必要と認めた者□ 身体障害者手帳（聴覚）交付対象者ではない者□ 両側耳の聴力レベルが４０デシベル以上である者□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 診断医 | 〒　　　　―住所病院名 診断医連絡先電話番号　 　　-　　 　　- |

以下　呉市記入欄（耳鼻科では記入しないでください。）

受付印

補助対象　　適　・　否

確認者

特筆すべき事項