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