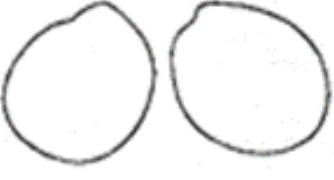


様式第2号(第5条関係)

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 ふりがな 名前		生年月日	大正・昭和 年月日 ()歳																																																												
住所 (〒 -) 呉市																																																															
医師の意見	<p>聽力 右(d B) 左(d B) ※会話音域の平均聴力レベル 鼓膜の状態 </p> <p>(検査結果は、別紙添付でも可)</p>	<p>オージオグラム</p> <table border="1"> <tr><td>250</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td><td>4000</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>Hz db ※気導・骨導聴力をご記入ください</p>		250	500	1000	2000	4000	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100				
250	500	1000	2000	4000																																																											
0																																																															
10																																																															
20																																																															
30																																																															
40																																																															
50																																																															
60																																																															
70																																																															
80																																																															
90																																																															
100																																																															
確認補助要件 ク	<p>確認事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 呉市に住民票があること <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(聴覚)交付対象者ではない者 <input type="checkbox"/> 両側耳の聴力レベルが40デシベル以上である者 <input type="checkbox"/> その他() 																																																														
診断医	<p>〒 - 住所 病院名 診断医 連絡先電話番号 - -</p>																																																														

以下 呉市記入欄(耳鼻科では記入しないでください。)

補助対象 適・否

確認者 _____

特筆すべき事項 _____

受付印