

第2号様式（第5条関係）

越谷市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

住 所			
氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日

〈医師の意見欄〉

上記の者が次の状態に該当すると認められる場合、「□」にチェックをつけてください。

- 上記の者は、「両耳の聴力レベルが70デシベル未満」、又は「1側耳の聴力レベルが90デシベル未満、かつ他側耳の聴力レベルが50デシベル未満」に該当し、聴覚障がいによる障害者手帳の交付対象とはなりません。聴力低下のため、補聴器の装用が必要であることを認めます。

作成日 年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名
電話番号

印