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〉

１　上記の者は、次のいずれにも該当しないことを認めます。

⑴　両耳の聴力レベルが７０デシベル以上の者

⑵　１側耳の聴力レベルが９０デシベル以上かつ他側耳の聴力レベルが５０デシベル以上の者

２　上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり、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　　印

電話番号