

富谷市高齢者補聴器購入費助成事業 主治医意見書

対 象 者	住 所	〒 富谷市
	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	☐ 大正 年 月 日（ 歳） ☐ 昭和

【以下は医療機関が記入してください。】

原因疾病・傷病名	☐ 加齢性難聴 ☐ その他（ ）	
聴覚障害の種類	☐ 伝音難聴 ☐ 感音難聴 ☐ 混合難聴 ☐ その他（ ）	
聴 力 検 査 結 果	右 _____ dB	左 _____ dB
補 聴 器 の 要 否 (中程度難聴以上該当)	右（ 要 ・ 否 ） 身体障害者手帳基準（聴覚障害）	左（ 要 ・ 否 ） ☐ 該 当 ☐ 非該当
特 記 事 項	聴力低下により日常生活を営むことに支障があるため、補聴器（☐右耳 ☐左耳 ☐両耳）の装用が必要であることを認める。 年 月 日 医療機関名： 所 在 地： 連 絡 先： 医 師 名：	

（留意事項）

- 1 オージオグラムの写しを裏面に貼付してください。
- 2 意見書作成料については全額自己負担となります。
- 3 身体障害者手帳（聴覚障害）及び障害者総合支援法による補装具支給が優先となります。
- 4 本意見書の有効期限は意見書作成日から 3 か月となります。