

## 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     | 〒<br>富谷市                                                                     |
|     | フリガナ氏 名 |                                                                              |
|     | 生年月日    | <input type="checkbox"/> 大正<br><input type="checkbox"/> 昭和         年 月 日（ 歳） |

【以下は医療機関が記入してください。】

|                       |                                                                                                                                                                                                            |                                                                         |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 原因疾病・傷病名              | <input type="checkbox"/> 加齢性難聴 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                             |                                                                         |
| 聴覚障害の種類               | <input type="checkbox"/> 伝音難聴 <input type="checkbox"/> 感音難聴 <input type="checkbox"/> 混合難聴 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                  |                                                                         |
| 聴力検査結果                | 右 _____ dB                                                                                                                                                                                                 | 左 _____ dB                                                              |
| 補聴器の要否<br>（中程度難聴以上該当） | 右（ 要 ・ 否 ）<br>身体障害者手帳基準（聴覚障害）                                                                                                                                                                              | 左（ 要 ・ 否 ）<br><input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 特 記 事 項               | <p>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（<input type="checkbox"/>右耳 <input type="checkbox"/>左耳 <input type="checkbox"/>両耳）の装用が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名：</p> <p>所 在 地：</p> <p>連 絡 先：</p> <p>医 師 名：</p> |                                                                         |

（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。