様式第２号（第６条関係）

豊橋市難聴高齢者補聴器購入費補助金申請に係る意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 住所　 |  |
| ふりがな氏　名 |  | 生年月日 | 大・昭*・　　・* |
| 難聴の原因となった疾病・外傷名 |  |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力　　　レベル | 右：　　　　　　　　dB　　　　左：　　　　　　　dB　　　　 |
| 補聴器の必要性 | □必要（□右耳　□左耳）　　　□不要 |
| 処方における特記事項 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| １　意見書の記載は、耳鼻咽喉科専門医または身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師に限る。２　対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める身体障害者手帳の交付対象とならない65歳以上の者とする。３　聴力レベルの測定に当たり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ABR等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。 |
| 上記のとおり意見する。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　医　師　名 |