

様式第2号（第5条関係）

鴻巣市難聴者補聴器購入費助成金交付意見書

氏名		年 月 日生（ 歳 ）
住所	鴻巣市	
疾病名		

(1)難聴の種類（該当欄に○を付けてください。）

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

(2)鼓膜所見・その他

(3)聴力検査の結果

聴力（4分法平均聴力レベル）

右	dB
左	dB

最良語音明瞭度（ % ）

話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm離れて	了	非	了	非

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する（聴覚障害区分の指定を受けている）医師が作成した意見書であることを証明します。

対象は両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならない者であることを証明します。

上記の者は、日常生活のために補聴器が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療担当科  
指定医師名

Ⓜ  
(署名又は記名押印)

