

様式第 2 号（第 7 条関係）

刈谷市難聴高齢者補聴器助成金に係る意見書

対 象 者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
難聴の原因となつた疾病・外傷名				
経過と現在の症状				
現在の聴力レベル		右	d B	左 d B
補聴器の必要性		☐ 必要（ ☐ 右耳 ☐ 左耳 ☐ 両耳 ）		
処方における特記事項				
確 認 事 項		☐ 対象者は、聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。		
医 師 要 件		☐ 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医 ☐ 身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項に基づく指定医		

上記のとおり意見する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名