

大阪市難聴高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

助成対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
傷病名				
傷病の部位・状況				
聴力 (4分法による平均聴力)	右	d B	・	左 d B
補聴器の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (注)「不要」の場合、本事業の助成対象外になります。			
備考				
上記の通り診断する。 年 月 日 住所 電話番号 医療機関名 補聴器相談医氏名				

【注】

- ・この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いいたします。
- ・両耳の聴力レベルがそれぞれ **30 デシベル以上 70 デシベル未満**であり、かつ補聴器の装用が必要であることを**補聴器相談医が認めた方**が本事業の助成対象者となります。