

【記載例】

(様式第2号)

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	大阪市北区中之島1-3-20		
	氏名	大阪 太郎	生年月日	昭和30年2月10日
傷病名	老年性難聴			
傷病の部位・状況	左右両耳における内耳機能の低下			
聴力 (4分法による平均聴力)	右 50 dB ・ 左 50 dB			
補聴器の要否	<input checked="" type="checkbox"/> 要		不要	
備考	上記の通り診断する。 令和7年5月20日 住所 大阪市北区中之島7-7-7 電話番号 06-9999-9999 医療機関名 中之島耳鼻咽喉科クリニック 補聴器相談医氏名 中之島 太郎			

【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。