

耳鼻咽喉科の医師に記入してもらってください。
意見書作成のための費用は、自己負担です。
オーディオグラムを添付してください。

太田市高齢者補聴器購入費助成事業意見書

申請者 (対象者)	住所	〒 —
	フリカ、ナ 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)

【対象聴力】

両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満で、
聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり
補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師氏名

Ⓜ

電話番号

※ 申請者（対象者）にオーディオグラム（純音聴力図）を交付してください。