

様式第2号（第6条関係）

毛呂山町高齢者補聴器購入費助成金に係る医師意見書

【対象者】

住 所			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			

【医師意見欄】

上記の者は、身体障害者福祉法第15条第4項の規定による身体障害者手帳の対象とならないが、介護予防や認知機能の低下を防止することに一定の効果が期待できるため、補聴器が必要であると認めます。

記

現在の聴力レベル	右： dB ・ 左： dB
補聴器の必要性	<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳・ <input type="checkbox"/> 両耳） ・ <input type="checkbox"/> 不要
その他の意見等 ※両耳に☑をした場合はその理由を詳細に記載してください。	
上記のとおり意見する。 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 名 連 絡 先	
【注意事項】意見書の記載は、耳鼻咽喉科専門医または身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医に限ります。	

※医療機関指定の文書料がかかります。（文書料は助成金の対象外です）

※記載された内容を医療機関に確認することがあります。

※所定の医師以外が記載した意見書は無効となります。