

第2号様式（第5条関係）

郡山市高齢者補聴器購入費助成事業 医師意見書

対象者 氏名			生年月日	年 月 日
住 所	郡山市			
医学的所見	区 分	右耳	左耳	
	聴力レベル	d B	d B	
	補聴器装用の 必要性	要 ・ 否	要 ・ 否	
	聴力検査等の実施年月日		年 月 日	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 名 称</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名</p> <p style="text-align: right;">自署又は記名押印</p>				

※聴力レベルは、J I S規格の純音オージオメータを用いて測定した平均聴力レベル(四分法)を記載してください

※両耳とも聴力レベルが40dB以上であることが助成の要件です。

ただし、聴覚障害の身体障害者手帳の交付対象となる聴力レベルの方については、本事業の助成対象となりません。