

大泉町高齢者補聴器購入費補助金交付意見書

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日生 (歳)
住所				
<p>三分法にて、該当する聴力にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳が50dB以上</p> <p>【対象聴力】 <input type="checkbox"/> 一耳が30dB以上で、かつ他耳が70dB以上</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>注：(一社)日本耳鼻咽喉科学会認定の耳鼻咽喉科専門医の医師が作成のこと。 医師の氏名は、本人が署名するか記名押印してください。</p>				

※3か月以内のオージオグラム(純音聴力検査表)を添付してください。