様式第２号（第４条関係）

柏原市難聴高齢者補聴器購入費助成　医師意見書

※本意見書は身体障害者福祉法第15条第1項に規定し、聴覚障害に係る指定を

受けた医師が記入してください。

※聴覚障害による身体障害者手帳の取得要件に当てはまらないかつ、

　補聴器の使用が必要であると医師が判断した方が助成の対象です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 柏原市 |
| フリガナ  氏名 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　　　歳） |
| 聴力 | 右　　　　 ㏈　　　 左　　　　 ㏈ | |
| 補聴器の  要・否 | 右（ 要 ・ 否 ）　　左（ 要 ・ 否 ） | |
| その他意見 |  | |
| 上記の者は、聴力機能低下により日常生活に支障が見られ、補聴器の使用が必要であることを認める。  年　　月　　日  所在地  医療機関　名称  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |