

様式第1号（第3条関係）

香川県加齢性難聴対策推進事業補聴器購入費助成金交付に係る医師意見書

フリガナ			
氏名			
住所	〒		
生年月日	年 月 日		
聴力検査の結果 (4分法)	左耳： _____ dB		右耳： _____ dB
	検査実施年月日	年 月 日	
補聴器の使用の要否	要 ・ 否		
<p>上記の者は、聴力低下によって日常生活に支障があるため、補聴器の使用が必要であると認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>連絡先</p> <p>医師氏名</p>			

※聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象となる場合（両耳の聴力レベルが70dB以上、又は、片方の耳の聴力レベルが90dB以上でもう片方が50dB以上）は、本事業の対象外である。