

様式第2号（第5条関係）

深谷市齢者補聴器購入補助金医師意見書

住所			
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日

【医師（耳鼻咽喉科医）の意見】

- 上記の者は、次のいずれにも該当しないことを認めます。
 - 両耳の聴力レベルが70デシベル以上である
 - 一側耳の聴力レベルが90デシベル以上かつ他側耳の聴力レベルが50デシベル以上である

※ 聴覚障害による障害者手帳交付の対象となる方は、本事業の対象外です。
- 上記の者は、聴力機能の低下のため日常生活に支障があり、補聴器の装用が必要であることを認めます。

年 月 日

所在地

医療機関 名称

医師氏名

電話番号