様式第３号（第５条関係）

斑鳩町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 住所 | 斑鳩町 |
| 確認のため、□へチェック☑してください。　対象聴力　□　両耳の聴力レベルが50dB以上70dB未満　　　　　　□　一側耳の聴力レベルが30dB以上かつ他側耳の聴力レベルが70dB以上　検査結果　□　３か月以内のオージオグラム（純音聴力検査表）の添付が可能　上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。　　　年　　月　　日医療機関　所在地　　　　　医療機関名　　　　　医師氏名　　　　　電話番号※医師氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみの場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。※身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第１５条第１項に規定する都道府県知事が指定した医師であって、聴覚障害の診断書及び意見書を記載できる医師が作成のこと。 |

※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。