

医師意見書

【本人記入欄】

氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒 都城市				

【医療機関記入欄】

診断名					
聴力 (4分法平均で記載してください)	右	dB	左	dB	
補聴器	要 ・ 否 (注意点などコメントがある場合、下記に記載してください)				
(添付書類) オーゾグラム（医師意見書及び添付書類は、記入日から3か月以内のものを有効）					
上記のとおり診断し、対象者は補聴器装用が必要であることを認めます。					
年 月 日					
医療機関名					
医師氏名					

- ・本意見書は、都城市高齢者補聴器購入費補助金の交付申請に要するものです。
- ・耳鼻咽喉科医師が作成してください。
- ・補助金交付の対象は、両耳ともに聴力レベルが40 dB以上70 dB未満で、身体障害者手帳の交付対象とならない方です。