

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	d B	左 d B
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) オーディオグラム（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、両耳の聴力レベルが中等度難聴（40 d B以上70 d B未満）。または片耳の聴覚レベルが中等度難聴以上である者（ただし身体障害者手帳の交付要件に該当する者は除く）。もしくは聴力機能の低下のため日常生活を営むのに支障があり、耳鼻咽喉科医により補聴器の使用が必要であることが証明される者です。