

柳井市高齢者補聴器購入費等助成事業 意見書

助成を受けようとする者 (補聴器の使用者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	柳井市

※太枠の助成を受けようとする者の欄を記入し、医療機関に提出してください。

検査結果・判定		右耳	左耳	※会話音域の平均聴力レベルを記入 ※必要・不要のどちらかに「○」を記入
	聴力レベル	デシベル	デシベル	
	補聴器の必要性	必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	

※助成対象者は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満の者

上記のとおり、意見します。

記入日	年 月 日
医療機関名	
所在地	
診療担当科	
医師氏名	
医師要件	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会から認定された補聴器相談医です。 ※該当する場合は <input type="checkbox"/> をしてください。