様式第２号（第５条関係）

豊田市高齢者等補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 住　所 | 豊田市 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 難聴の原因となった疾病・外傷名 |  |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力レベル | 　右　　　　　　　　ｄＢ　　　左　　　　　　　　ｄＢ　 |
| 補聴器の必要性 | 　□必要（　□右耳　　□左耳　） |
| 処方における特記事項 |  |
| 確認事項 | □対象者は聴覚障害による身体障がい者手帳の交付対象外の聴力である。□対象者は１８歳以上（１８歳の者にあっては１８歳に達した日以後の最初の３月３１日を経過した者）である。 |
| 医師要件 | □日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医□身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医 |
| 上記のとおり意見する。　　　　年　　月　　日所在地医療機関名医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |