

様式第 2 号（第 5 条関係）

雲南市高齢者補聴器購入助成に係る意見書

対象者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	住 所	

上記の者は、下記のとおり補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

診断結果	上記の方の両耳の聴力レベルは、右（ d B）・左（ d B）であるため、補聴器の使用が必要であると認めます。
	※下記についても□にチェックをお願いします ☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 4 項の規定による身体障害者手帳（聴覚障がい）の対象とならない。 ☐ 補聴器の装用により認知機能の低下を予防することに一定の効果が期待できる。
年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名	