様式第２号（第４条関係）

京田辺市高齢者補聴器購入費助成事業に係る医師意見書

※太枠内は、対象者が記入してください。

対象者	住所	京田辺市		
	氏名		生年月日	年　月　日 （　歳）

上記対象者は、下記のとおり、身体障害者手帳の基準には該当しませんが、聴力の低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

身体障害者手帳の基準に該当するか否か	当てはまる方に〇をつけてください。 該当しない　・　該当する （該当する場合は、意見書の作成は不要です。身体障害者手帳の交付申請をご案内ください。）	
聴力レベル	右　dB	（補聴効果）　有　・　無
	左　dB	（補聴効果）　有　・　無
対象聴力	（該当するチェック欄（□）にレ点をご記入ください。） □ ① 両耳とも中等度の難聴（40dB以上70dB未満） □ ② ①に該当しないが一側耳の聴力レベルが著しく低く、補聴器の使用が必要 □ その他（　）	
聴力検査結果及び特記事項	オージオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付し、又は本書の裏側に留めてください。	

年　月　日

医療機関名

医　師　名　　㊞※

※署名の場合は、押印は不要です。

※ご記入いただいた医師意見書は、上記対象者へお渡しください。