様式第２号（第５条関係）

江田島市補聴器購入費助成事業意見書

<table>
<tr><td colspan="2">診断日</td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">※医師意見欄は診断日から６か月有効</td></tr>
<tr><td rowspan="3">補聴器購入希望者</td><td>ふりがな
名　前</td><td></td><td>生年月日</td><td>大正・昭和
年　　月　　日
（　　）歳</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">（〒　　－　　）
江田島市</td></tr>
<tr><td>連　絡　先</td><td colspan="3">（電　話）　　―　　―</td></tr>
<tr><td colspan="2">医師の意見</td><td>聴　力
右（　　ｄＢ）
左（　　ｄＢ）
※会話音域の平均聴力レベル

※検査結果は別紙添付でも可
（下記へ☑）
別紙　□あり　□なし</td><td colspan="2">オージオグラム
250　500　1000　2000　4000 Hz
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100 dB
※気導・骨導聴力をご記入ください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">確認事項へ☑</td><td colspan="3">□診断は身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師又は一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会から補聴器相談医として委嘱された医師（以下「指定医等」という。）によるものである。
□両耳の聴力レベル（身体障害者福祉法による４分法）が40dB以上で、指定医等が補聴器の使用を認めたものである。
□聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付の対象とならない者である。</td></tr>
</table>

上記のとおり、意見する。

診　断　日　　年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　印

電話番号　（　　）　　―