

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	d B	左
補聴器の 必要性		<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ）		
処方における 特記事項				
確認事項		<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 対象者は18歳以上（18歳の者にあつては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		<input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 名 </div>				