

医師意見書（杉並区高齢者補聴器購入費助成事業）

【医療機関の方へ】

高齢者補聴器購入費用助成金の交付申請を希望する方が本用紙を持参した際は、聴力検査を実施の上、必要事項を記入するとともに、オーディオグラム検査結果（写し可）を貼付してお渡してください。

受診者	氏名	
	生年月日	大 昭 年 月 日
	住所	杉並区

医師意見欄

※一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が委嘱する補聴器相談医の記入に限ります。

●該当する□にレ印を記入してください。

- オーディオグラム検査の結果、両耳とも中等度の難聴（40dB 以上 70dB 未満）。
- 中等度難聴の範囲外だが補聴器装用の必要がある。

〔理由〕

※身体障害者手帳交付対象者は、本事業対象外です。（医師意見書の作成は不要です）

※オーディオグラム検査結果を添付か裏面に貼付してください。

（医師意見欄は以下記入日より6か月有効）

所在地 年 月 日記入

医療機関名

医師名

※医療機関指定の文書料がかかります。

※記載内容を医療機関に確認する場合があります。

【問合せ先】 杉並区役所 保健福祉部高齢者在宅支援課管理係
電話03-3312-2111(代表)

収受印

【オーディオグラム貼付欄】