

第3号様式（第5条関係）

三郷町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	三郷町		
<p>確認のため、<input type="checkbox"/>へチェック<input checked="" type="checkbox"/>してください。</p> <p>対象聴力 <input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが 50dB 以上 70dB 未満 <input type="checkbox"/> 一側耳の聴力レベルが 30dB 以上かつ他側耳の聴力レベルが 70dB 以上</p> <p>検査結果 <input type="checkbox"/> 3か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）の添付が可能</p> <p>上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 ※医師氏名欄について、自署によらない又は押印がなされていない記名のみ場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。</p> <p>※身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する都道府県知事が指定した医師であって、聴覚障害の診断書及び意見書を記載できる医師が作成のこと。</p>			

※3か月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）を添付してください。