

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		

確認のため、☐へチェック☒してください。

対象聴力 ☐ 両耳の聴力レベルが 40dB 以上 70dB 未満
☐ 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

検査結果 ☐ 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

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。

年 月 日

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の場合は、本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。

※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。