

様式第2号（第7条関係）

本意見書を記入する前に

検査の結果、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく補装具費支給制度による補聴器の交付対象となる場合および、以下の2 診断のいずれにも該当しない場合は、南伊勢町高齢者補聴器購入費用の助成は受けることができませんので、本意見書のご記入は必要ありません。

証 明 書

（南伊勢町高齢者補聴器購入費用助成事業医師意見書）

【本人記入欄】

|             |   |      |               |
|-------------|---|------|---------------|
| ふりがな<br>氏 名 |   | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住 所         | 〒 |      |               |

※申請される方へ・・・この証明書には医療費とは別に証明料が必要です。証明料は医療機関により異なります。

【医師記入欄】（1～3すべて記入してください。）

1 オージオグラム検査の結果、4分法による聴力レベル

|       | 右               | 左               |
|-------|-----------------|-----------------|
| 聴力レベル | dB              | dB              |
| 難聴の種類 | 伝音性 ・ 感音性 ・ 混合性 | 伝音性 ・ 感音性 ・ 混合性 |

※オージオグラムの検査結果を裏面に添付してください。

2 診断（いずれかの□に☑を入れてください。）

- ☐ （1）4分法により両側中等度難聴（40dB以上）である。
- ☐ （2）1側耳の聴力レベルは40dB未満であるが、他側耳の聴力レベルが70dB以上であり、下記理由により補聴器の使用が有効である。

理由：\_\_\_\_\_

上記により補聴器使用が必要であることを認める。

3 補聴器を装用する耳 （ 右が効果的 ・ 左が効果的 ・ 本人の希望による ）

年 月 日

医療機関名  
所 在 地  
医 師 氏 名