

恵庭市高齢者補聴器利用促進モデル事業購入助成に関する意見書

申請者氏名		生年月日	
聴力レベル	左 dB	右 dB	
検査方式	☐ オーディオメーター方式 ☐ その他 ()		
特記事項			
上記の者は補聴器が必要と認める。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
補聴器相談医氏名			
(署名又は記名押印)			

- ※1 軽度難聴：聴力レベルが「25 dB以上 40 dB未満」
中等度難聴：聴力レベルが「40 dB以上 70 dB未満」
- ※2 聴力レベルが、「両耳の聴力レベルが 70 dB以上」、「一側耳の聴力レベルが 90 dB以上、他側耳の聴力レベルが 50 dB以上」の場合は、身体障害者手帳の交付対象となり、本事業の対象とはなりませんのでご注意ください。
- ※3 この意見書の作成者は、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会から委嘱を受けた補聴器相談医でなければなりません。