

医師意見書

氏名	
住所	武蔵村山市
生年月日	年 月 日 (歳)

【申請される方へ】

上記の太枠内を御記入の上、この用紙を受診する耳鼻咽喉科の窓口へ御提出ください。

なお、本医師意見書の取得に要する費用（診察料、検査料等を含む。）は自己負担となりますので、御了承ください。

【医療機関の方へ】

本用紙は、武蔵村山市が実施する高齢者補聴器購入費助成事業に係る書類です。

当該助成の利用申請を希望する方が本用紙を持参した際は、必要な聴力検査を実施の上、以下の医師の意見欄に聴力検査結果を記入及び貼付（写し可）し、利用者へ御返却ください。

なお、聴力検査の結果、補聴器が不要と判断された場合又は障害者総合支援法に基づく補装具費の支給の対象となる場合は、医師の意見欄への御記入は不要ですので、意見書作成料は徴収しないようお願いします。

御不明な点がありましたら、武蔵村山市 課 係（TEL - - ）まで御連絡ください。

医師の意見欄	<p>【聴力検査結果】</p> <p>聴力レベル（四分法）</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">聴力レベル</td> <td>右耳</td> <td>左耳</td> </tr> <tr> <td>dB</td> <td>dB</td> </tr> </table> <p>※ 検査結果（オーディオグラム）を裏面に貼付してください（写し可）。</p>	聴力レベル	右耳	左耳	dB	dB
	聴力レベル		右耳	左耳		
		dB	dB			
	<input type="checkbox"/> 聴力検査の結果、両耳とも平均聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である。 <input type="checkbox"/> 聴力検査の結果、上記の基準に当てはまらないが、補聴器装用の必要がある。					
	<table border="1"> <tr> <td>理由</td> <td></td> </tr> </table>	理由				
	理由					
	<p>上記の者は、補聴器が必要であると認めます。</p> <p>(<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳のみ <input type="checkbox"/> 左耳のみ)</p>					
	<p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
	<p style="text-align: center;">医療機関名 医師名 所在地 電話番号</p>					
	<p style="text-align: right;">※作成日から3か月有効</p>					
<p style="text-align: right;">(日本産業規格A列4番)</p>						