

高齢者補聴器購入助成に係る意見書		
氏名		年 月 日生（ 歳）
住所		

上記の者は、下記のとおり補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

診断結果 ※□にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルの平均が40デシベル以上で、かつ身体障害者福祉法第15条第4項の規定による身体障害者手帳の交付対象とならない。 <input type="checkbox"/> 補聴器の装用により、認知機能の低下を予防することに一定の効果が期待できる。
年 月 日	
所在地	
医療機関名	
医師氏名	
※記名押印に代えて署名することができます。	

1. 助成対象者は、満65歳以上で診断結果のすべてにチェックのある方となります。
2. 身体障害者手帳の基準に該当される方は、身体障害者手帳の申請及び補装具としての補聴器の申請についてご案内いただきますようお願いいたします。