様式第２号（第５条関係）

# 飯田市高齢者補聴器購入助成事業に関する意見書

<table>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">飯田市</td></tr>
<tr><td rowspan="2">診断名</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">聴力<br>（四分法）</td><td>右</td><td>dB</td></tr>
<tr><td>左</td><td>dB</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補聴器の種類<br>（処方）<br>※該当する項目に〇をしてください。</td><td colspan="4">1　補聴器の装用耳<br>右耳　　左耳　　両耳</td></tr>
<tr><td colspan="4">2　補聴器の種類<br>耳かけ型　　ポケット型　　耳あな型　　骨伝導式<br>その他（　　）<br>イヤーモールド（　　要　　否　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の者は、両耳もしくは片耳の聴力が 70 デシベル未満であり、聴力機能の低下により、日常生活に支障があるため、補聴器の使用が必要であると認める。<br><br>年　　月　　日<br><br>所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br><br>医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br><br>耳鼻咽喉科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印</td></tr>
</table>