様式第２号（第５条関係）

山陽小野田市加齢性難聴者補聴器購入費助成意見書

年　　月　　日

山陽小野田市長　宛

山陽小野田市加齢性難聴者補聴器購入費助成金の交付について、下記のとおり意見します。

記

対象者

フリガナ			
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）		
住　　所	山陽小野田市		
右耳	dB	左耳	dB

上記対象者は、両耳それぞれの会話音域の平均聴力レベルが中等度難聴（両耳４０dB以上）であり、両耳の聴力レベルが日常生活に支障をきたすものであるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

医療機関名

所　在　地

名　　　称

Ｔ　Ｅ　Ｌ

医　師　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（署名又は記名押印）