

医師意見書(中野区高齢者補聴器購入費用助成金)

■受診者氏名

■受診者住所

■生年月日

【医療機関の方へ】

中野区高齢者補聴器購入費用助成金の交付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、医師意見欄を記入するとともに、検査結果(写し可)を貼付してお渡してください。なお、その際、中野区医師会加入の医師である場合は、中野区医師会との取り決めに基づき、文書作成料は1,000円としてください。

※ 診察及び検査の結果、要件(40dB 以上 70dB 未満)に該当しない場合、補聴器装用が必要と認められない場合、障害者総合支援法に基づく補聴器購入費の支給の対象となる場合は、医師意見書の作成は不要です。申請者にその旨お伝えください。

<p>医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医に限ります。</p>	<p>検査の結果、次の補聴器の装用が必要であることを認めます。 (<input type="checkbox"/>右耳のみ <input type="checkbox"/>左耳のみ <input type="checkbox"/>両耳とも)</p> <p>【該当する□にチェックしてください】</p> <p>1. <input type="checkbox"/>4分法で40dB以上70dB未満である</p> <p>2. <input type="checkbox"/>上記には当てはまらないが、補聴器の装用が必要である (2の場合の理由)</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>
---------------------------------	--

【検査結果貼付欄】

※受診後、3か月以内のものを貼付又は添付してください。