第２号様式（第５条）

医師意見書

医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医	【対象要件】 ４分法で両耳とも４０ｄＢ以上又は片耳７０ｄＢ以上の方 次の補聴器の装用が必要であることを認めます。 （　□右耳のみ　□左耳のみ　□両耳　） 対象要件と補聴器の装用を必要とする部位が異なる理由 （該当する場合のみ） □聞こえが良い方の耳での装用が望ましいと判断したため □本人（又は家族）が両耳での補聴器購入が困難であることを申し出たため □４分法Ａでは片耳のみだが、４分法Ｂで検査した結果、両耳での装用が必要とされるため （右耳：　　ｄＢ　左耳：　　ｄＢ　※４分法Ｂ） □その他（　　） 年　　月　　日 医療機関名 医　師　名

【医療機関の方へ】

府中市高齢者補聴器購入費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、医師の意見欄を記入するとともに、検査結果（写し可。検査実施から３か月以内のもの）を添付してお渡ししてください。なお、その際、府中市医師会所属の耳鼻咽喉科については、府中市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、対象要件に該当しない場合、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、補聴器が不要と判断された場合は、医師の意見欄への記入等は不要です。