



## 医師意見書

<p>医師の意見欄 ※耳鼻咽喉科医</p>	<p><b>【対象要件】</b> 4分法で両耳とも40dB以上又は片耳70dB以上の方</p> <p>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 )</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 名</p>
---------------------------	---

**【検査結果貼付欄】** ※検査実施から3か月以内のもの

<p>検査結果(写し可)をこちらに貼り付けてください。 検査結果の用紙がこの欄におさまらない場合は、貼らずに別紙としてご提出ください。</p>
---

**【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)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、表面に記載した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。