

☐私は、市民税非課税世帯です。

※市民税課税世帯の方は、本事業の対象にはなりません。

様式第2号（第6条関係）

いわき市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

氏 名	(フリガナ)
住 所	
生年月日	

＜医師の意見欄＞

区分	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
聴力検査等の実施年月日	年	月 日

上記の者が次の状態に該当すると認められる場合、「☐」にチェックをつけてください。

- ☐ 上記の者は、「両耳ともに聴力レベルが40～70dB未満」に該当し、聴覚障がいによる障害者手帳の交付対象とはならないが、聴力低下のため、補聴器の装用が必要であることを認める。

年 月 日

医療機関所在地

名称

医師氏名

電話番号