

第 3 号様式（第 5 条関係）

三宅町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	三宅町		
確認のため、☐へチェック☒してください。 対象聴力 ☐ 両耳の聴力レベルが 4 0 dB以上 7 0 dB未満 ☐ 一側耳の聴力レベルが 3 0 dB以上かつ他側耳の聴力レベルが 7 0 dB以上 検査結果 ☐ 3 ヶ月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）の添付が可能 上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。 年 月 日 医療機関 所在地 医療機関名 医師氏名 電話番号 印			

※3 ヶ月以内のオーディオグラム（純音聴力検査表）を添付してください。