

難聴高齢者（軽度・中等度）補聴器購入費助成に係る医師意見書

申請者 (補聴器使用者)		生年月日	年 月 日
住 所			

聴力 検査結果	上記の者は、<u>身体障害者手帳の交付対象にならないが</u>、補聴器装用が必要である。 ☐ 両耳の聴力レベルが 30dB 以上 70dB 未満 ※ オーディオグラムを貼付してください（裏面でも可）。 ※ 所見等あれば余白に御記入ください。
上記内容であることを認めます。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 名	

- ・ 本意見書は、福井市難聴高齢者（軽度・中等度）補聴器購入費助成金の交付申請に要するものです。
- ・ 助成金交付の対象者
 - ① 福井市に住所を有する 65 歳以上の方
 - ② 市民税非課税世帯（生活保護受給者世帯を含む）
 - ③ 両耳の聴力レベル 30db 以上 70db 未満の者
 - ④ 聴覚障がいによる身体障害者手帳の交付対象にならない方