

様式第 2 号（第 5 条関係）

田原本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	田原本町		

確認のため、☐へチェック回してください。

対象聴力 ☐ 両耳の聴力レベルが 3 0 d B 以上 7 0 d B 未満
 ☐ 一側耳の聴力レベルが 7 0 d B 以上

※ 6 か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。

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
 医師名
 電話番号

※耳鼻咽喉科の医師が作成してください。