別記第2号様式（第5条第1項関係）

聴　力　検　査　結　果　票

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 聴力検査結　　果※オージオメータによる検査 | 周波数 | 左（聞こえた数値に〇印） | 右（聞こえた数値に〇印） |
| 1,000Hz | 単位：デシベル 25・30・35・40・45・5055・60・65・70・75・80 | 単位：デシベル 25・30・35・40・45・5055・60・65・70・75・80 |
| 4,000Hz | 単位：デシベル 25・30・35・40・45・5055・60・65・70・75・80 | 単位：デシベル 25・30・35・40・45・5055・60・65・70・75・80 |

助成対象は、両耳の聴力が40デシベル以上70デシベル未満の場合です。

※ 医療機関が発行した書類により聴力レベルが確認できる場合は、本書の提出は不要です。

年　　月　　日

所在地

医療機関

電話番号

|  |
| --- |
| 上記の者は、次の理由により補聴器の使用が必要であると認めます。（理由）医師名（署名） |

両耳の聴力が40デシベル以上70デシベル未満ではないが、耳鼻咽喉科の医師により

補聴器が必要と認められる場合は、下欄を記入ください。