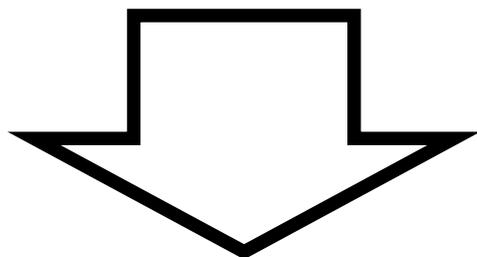


【注意】

この意見書について指定医の受診をする前に必ず春日部市高齢者支援課で補助要件の確認をしてください。



春日部市高齢者補聴器購入費補助事業補助金交付意見書

年 月 日

対象者氏名 _____

- 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する（聴覚障害区分の指定を受けている）医師が作成した意見書であることを証明します。
- 対象者は、両耳ともに40デシベル以上で、かつ、身体障害者手帳の交付の対象とならない者であることを証明します。

上記の者について、補聴器の必要性を認める。

医療機関 所在地

名 称

指定医師氏名

印

【注意事項】

- この意見書は、春日部市高齢者補聴器購入費補助事業補助金交付申請用の意見書となります。身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師（聴覚障害区分の指定を受けている者に限る。）の受診前に必ず補助の要件を市の担当課でご確認ください。
- 補助の対象となるのは身体障害者手帳の聴覚障害に該当しない中等度難聴となります。聴覚障害に該当する場合、この意見書では対象になりません。