意　見　書

住　　所	柏市		
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	性　　別	男・女
検査結果	右　　ｄＢ　　左　　ｄＢ		

上記の者は，４分法による聴力レベルが両耳それぞれ４０ｄＢ以上７０ｄＢ未満であり，身体障害者手帳の交付基準に該当しないが，日常生活に支障があることから補聴器の使用が必要であると認める。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医師氏名　　印

（自署の場合は押印不要）

※本意見書の有効期間は，証明日から６か月とする。

※　この意見書は，柏市難聴高齢者補聴器購入費補助金交付要綱に基づき，補聴器購入費用の助成を受けるために必要な様式であり，補聴器相談医または身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師のいずれかのみが証明できるものとなりますので，御注意ください。

制度についての詳細は，柏市のオフィシャルホームページまたは，下記に御連絡ください。

問い合わせ先　柏市高齢者支援課　介護サービス係　04-7167-1135

2026.11時点