

様式第2号(第5条関係)

福崎町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)
住所	

上記対象者は、下記のとおり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。

記

検査診断の結果

診断結果	該当するチェック欄に (□) に☑印を記入ください。 <input type="checkbox"/> 両耳とも聴力レベルが 40dB 以上 70db 未満 <input type="checkbox"/> 片耳の聴力レベルが 70db 以上で他方の耳の聴力レベルが 70db 未満
聴力検査結果	※オージオグラムを裏面に添付するか、本書面の左肩にホッチキスで添付してください。
年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 (自筆による署名または記名押印)	