様式第２号（第５条関係）

鹿部町補聴器購入費助成意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　　日 |
| 　住　所 | 鹿部町字 |
| 医学的所見等 | １　聴力レベル　（右　　　　　ｄB、　　左　　　　ｄB）２　その他特記事項 |
| 補聴器の種類 | 　□耳かけ型　　　　□耳穴型 |
| 装用効果 | 具体的に記入すること。 |
| 上記の方は、両耳又は片耳の聴力が40㏈以上70㏈未満であるため、補聴器が必要であると認めます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |