

様式第2号（第4条関係）

高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|
| 対 象 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 歳 |
| 聴 力 | 右 | dB ・ 左 dB |
| その他意見 | | |
| <p>上記の者は、聴力機能低下により日常生活に支障が見られ、補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>[医療機関] 所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 氏 名 印</p> <p>電 話 番 号</p> | | |