様式第２（第４条関係）

難聴者補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 現在の聴力レベル | 右　（　　　　　）ｄＢ | 左　（　　　　　）ｄＢ |
| 補聴器の必要性 | 　右（ □必要　□不要　）　　左（ □必要　□不要　） |
| 処方における特記事項等 |  |
| 上記のとおり意見する。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　 |