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 () d B		左 () d B
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			
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>			