

様式第2号（第4条関係）

青木村高齢者補聴器購入費補助事業医師意見書

氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	小県郡青木村大字 番地		
<p>上記の者は、聴力機能の低下のため日常生活に支障があり、両耳聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満であるため、補聴器の装用が必要と認める。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 _____ (印)</p>			

※意見書の記載は、耳鼻咽喉科の医師に限る