様式第２（第５条関係）

大口町中等度難聴者補聴器購入費助成に係る意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  | 生年月日 |  |
| 原因となった疾病・外傷名 |  |
| 経過及び現在の症状 | ※当該補聴器を必要とする理由が明確となるよう記載してください。 |
| 現在の聴力レベル | 右　　　　　　　　　　ｄＢ | 左　　　　　　　　　　ｄＢ |
| 検査日　　　　　　年　　月　　日 |
| 処方における特記事項 | □右耳のみ装用　□左耳のみ装用　□交互装用　□両耳装用 |
| 参考意見 |  |
| 　(宛先)大口町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　上記のとおり意見する。所　在　地　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　医　師　名 |

備考

　　この意見書は、身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第１５条に規定する都道府県知事の定める医師が作成したものに限る。