

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	d B	左
	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 2 4 年法律第 2 8 3 号）第 1 5 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。