

様式第2号（第4条関係）

加齢性難聴補聴器購入費用助成 医師意見書

対象者	住 所	忠岡町		
	フリ 氏 名		生年月日	年 月 日
病名				
障害部位 及びその状況				
聴力	右	dB	左	dB
補聴器の 要・否 及び効果	右（要・否）		左（要・否）	
処方	(効果)			
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
所在地				
医療機関 名 称				
医師氏名 (印)				

- ・ 本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りません。