様式第２号（第４条関係）

軽度・中等度難聴者補聴器購入助成に関する意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日  　　　　　（　　　歳） |
| 住所 | 駒ヶ根市 | | |
| 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、次に該当するため、補聴器の使用が必要と認める。   |  |  | | --- | --- | | 該当に✔ | 聴力レベル | | □ | 両耳聴力レベルが７０デシベル未満 |     年　　月　　日  所在地  医療機関名  医師氏名 | | | |