

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。 <table border="1"> <tr> <td>該当に ☒</td> <td>聴力レベル</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>両耳聴力レベルが70デシベル未満</td> </tr> </table> 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____				該当に ☒	聴力レベル	☐	両耳聴力レベルが70デシベル未満
該当に ☒	聴力レベル						
☐	両耳聴力レベルが70デシベル未満						