

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								
<p>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、次のいずれかに該当するため、補聴器の使用が必要と認める。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>該当に <input checked="" type="checkbox"/></th> <th>聴力レベル</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>両耳聴力レベルが70デシベル未満</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>片耳の聴力レベルが40デシベル以上で他耳の聴力レベルは90デシベル未満</td> </tr> </tbody> </table>				該当に <input checked="" type="checkbox"/>	聴力レベル	<input type="checkbox"/>	両耳聴力レベルが70デシベル未満	<input type="checkbox"/>	片耳の聴力レベルが40デシベル以上で他耳の聴力レベルは90デシベル未満
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	聴力レベル								
<input type="checkbox"/>	両耳聴力レベルが70デシベル未満								
<input type="checkbox"/>	片耳の聴力レベルが40デシベル以上で他耳の聴力レベルは90デシベル未満								
<p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 _____</p>									