

阿賀町補聴器購入費用助成事業 医師意見書

住 所	阿賀町	
氏 名	(男 ・ 女)	
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	
聴 力	右 d B ・ 左 d B	
処 方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 ()
<p>上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____ (印)</p>		