

第2号様式

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	☐ ポケット型 ☐ 耳かけ型 ☐ 耳あな型 ☐ その他 ()	
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。 令和 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (印)			

※ 聴力が身体障害者手帳交付対象となる程度の方は該当になりません。
(他制度の該当になり得る為)