

様式第2号（第7条関係）

日高市高齢者補聴器購入費補助金医師意見書

【対象者】

住 所			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			

【医師の意見欄】

上記の対象者は、日常生活する上で補聴器が必要であると認めます。

※下記にチェックをお願いします。

いずれか ひとつ	<input type="checkbox"/> 両耳の聴カレベルが40デシベル以上で、かつ、聴覚障害の身体障害者手帳の交付対象とならないものに該当する。
	<input type="checkbox"/> 上記に該当しないが、次の理由により補聴器が必要である。 (理由) <hr/>

作成日 年 月 日

所在地
名 称
医療機関 医師氏名 印
電話番号