

補聴器購入費助成金交付意見書

氏名		生年月日	年月日(歳)
住所	上川郡東川町		

- ・両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満であること
- ・中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下ではなく、耳鼻咽喉科的治療により聴力が回復する見込みがないこと
- ・補聴器の装用により言語の習得等一定の効果が期待できる者であること

補聴器処方

右 補聴器装用 (要 不要) 左 補聴器装用 (要 不要)

ポケット型 ポケット型

耳かけ型 耳かけ型

イヤーモールド 要 不要 イヤーモールド 要 不要

*両耳装用が必要な場合は、その理由について記載してください

その他特記事項

上記のとおり意見する。

年月日

医療機関名

所在地

診療担当科名

作成医師氏名