

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		
<div>・ 両耳の聴力レベルが 30dB 以上 70dB 未満であること</div> <div>・ 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</div> <div>・ 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</div>			
補聴器処方			
右 補聴器装用（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）		左 補聴器装用（ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）	
<input type="checkbox"/> ポケット型		<input type="checkbox"/> ポケット型	
<input type="checkbox"/> 耳かけ型		<input type="checkbox"/> 耳かけ型	
イヤーマールド <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		イヤーマールド <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
<div>* 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</div> <div>その他特記事項</div>			
<div>上記のとおり意見する。</div> <div>年 月 日</div> <div>医 療 機 関 名</div> <div>所 在 地</div> <div>診療担当科名</div> <div>作成医師氏名</div>			