フォームの始まり

様式第４号（第４条関係）

豊郷町補聴器購入費助成事業　　医師意見書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 滋賀県犬上郡豊郷町大字 | | | | |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 病　名 |  | | | | | |
| 聴　力 | 右　　　　　　㏈　　　・　　　左　　　　　　㏈ | | | | | |
| 処　方 | 補聴器の要否 | | 右（　要 ・ 否　） | | 左（　要 ・ 否　） | |
| ※両耳に必要な場合は、その理由 | | | |
| 補聴器の種類 | | □ポケット型　　　□耳掛け型　　　□耳あな型  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 上記のとおり、補聴器の使用が必要であることを認める。  　　　　　年　　月　　日    　　　　　　　　　　　　　所在地    　　　　　　　　　　　　　医療機関名    　　　　　　　　　　　　　医師の署名又は記名押印 | | | | | | |