

補聴器購入費助成意見書

氏名		生年月日		年　月　日	
住所		清水町			
医学的所見等		聴力レベル、鼓膜の状態等を記入すること。骨導式補聴器を必要とする場合は、耳漏や外耳道の状態を記入すること。 1　聴力レベル（右　　　d b、　左　　　d b） 2　オーディオメーターの形成 _____ 3　鼓膜の状態（右　　　　　　　　　、左　　　　　　　　　） 4　その他特記事項			
補聴器の種類		☐耳かけ式 ☐耳穴型			
装着効果		具体的に記入すること			
上記の理由により補聴器装用の必要性を 認める 認めない 年　月　日 医療機関名 診療科 医師名 (署名又は記名押印)					
記載上の留意事項					
1　選択肢がある場合は、該当する項目に○をつけること。					