別記第２号様式（第５条関係）

士幌町高齢者補聴器購入費助成意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 聴力レベル | 左　　　　　dB | 右　　　　　dB |
| 検査方式 | □　オージオメーター方式□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項 |  |
| 上記の者は補聴器が必要と認める。年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |