

館林市高齢者補聴器購入費補助金 医師意見書

【申請者（対象者）】

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
-----	--	------------	-------

四分法にて、対象聴力に該当する場合は、☒をつけてください。

【対象聴力】 ☐ 両耳の聴力レベルが40dB以上
※ オーディオグラム（純音聴力図）を裏面に添付してください。

上記の者は、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

【オーディオグラム（純音聴力図）添付欄】