

この意見書は白糠町に住所を有する 65 歳以上の方で、以下の条件に当てはまる場合に記載していただくものです。
検査の結果、両耳又は片耳の聴力レベルが 40 dB 以上 70 dB 未満の方が対象となります。
(身体障害者手帳【聴覚】の交付対象となる場合は、本事業は対象外となります。)

フリガナ 氏 名		男・女	生 年 月 日
			大正 昭和 年 月 日生(歳)
住 所	(〇 〇 〇 〇) 白糠町		

記

聴力デシベル	(右 dB) (左 dB)
処 方 補聴器装用	チェック欄(□)に✓印をご記入ください。 □片耳 (□右 ・ □左) □両耳 □その他 ()
聴力検査 結 果	オーディオグラムをこの欄(裏面でも可)に貼付するか、本書の右肩の裏側にホッチキスで留めてください。

醫師名

※ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡してください。