

下仁田町高齢者補聴器購入費助成金交付意見書

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名			(歳)
住所	下仁田町大字				
<p>上記の方は、両耳の聴力レベルが 40dB 以上 70dB 未満又は一耳の聴力レベルが 30dB 以上かつ他耳の聴力レベルが 70dB 以上であるため、補聴器の装用が必要であると認めます。（右耳：_____dB，左耳_____dB）</p> <p>年 月 日</p> <p><医療機関> 所在地 医療機関名 医師氏名（自署） 電話番号</p>					

※3か月以内の純音聴力検査表（オーディオグラム）を添付してください。