

様式第2号(第5条関係)

聴力レベル及び補聴器使用の要否を示す医師の意見書				
住 所	嘉手納町			
氏 名		性 別	男 女	
生年月日	年 月 日生			
聴 力 レ ベ ル	右耳	dB	左耳	dB
	四分法にて該当する聴力をチェックしてください。(3か月以内有効) <input type="checkbox"/> 両耳又は一側耳が40デシベル以上 ※該当しない場合は、助成の対象にはなりません。			
補聴器の 使 用	<input type="checkbox"/> 1 必要であると認める。 <input type="checkbox"/> 2 必要であるとは認められません。			
補 装 具 該 当 有 無	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく補装具支給制度による補聴器交付の該当の有無についてチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない			
備 考				
上記のとおり意見します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関名 所在地 医師氏名 印				