

様式第 2 号（第 4 条関係）

甘楽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	甘楽町大字				
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) 年 月 日 ＜医療機関＞ 所在地 医療機関名 医師氏名（自署） 電話番号					

※ 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。