

様式第2号（第6条関係）

富田林市高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書

対 象 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 歳
聴 力	右	dB ・ 左 dB
その他意見		
<p>上記の者は、聴力機能低下により日常生活に支障が見られ、補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>[医療機関] 所 在 地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 氏 名 印</p> <p>電 話 番 号</p>		