

様式第 2 号（第 5 条関係）

真岡市高齢者補聴器購入費助成医師意見書

フリガナ 氏 名		男・女	年 月 日生(歳)
住 所	真岡市		
聴 力	右 db ・ 左 db		
オーディオグラム	0 500 1000 2000 Hz		
オーディオメーターの 形式	10		
	20		
	30		
	40		
実施日	50		
	60		
年 月 日	70		
	80		
	90		
	100		
	db		
	*検査用紙の添付可 裏面に添付		
上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり補聴器の使用が必要であることを認める。			
年 月 日			
所在地 医療機関名 医師氏名			
(自署による署名又は記名押印)			