様式第２号（第５条関係）

沼田町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td>男　・　女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>補聴器の
種　　類</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>現在までの
経過及びそ
の状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>聴　　力</td><td colspan="5">右（　　ｄＢ）　　左（　　ｄＢ）</td></tr>
<tr><td>補聴器の種
類（処方）</td><td colspan="5">１　補聴器の種類
（　　）
２　補聴器の装用耳
右　・　左　・　両耳
３　イヤモールド（　要　・　不要　）
４　その他
（　　）</td></tr>
<tr><td>その他参考
となる意見</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">年　　月　　日

医療機関所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>