

大阪市難聴児補聴器購入費等支給意見書

対 象 児 童	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
病 名				
障がい部位 及びその状況				
聴 力	右 d B ・ 左 d B			
補 聴 器 の 要 ・ 否				
補 聴 器 名				
処 方  (補聴器の種目・ 装着箇所・ 修理箇所・ イヤモールド の要否など)				
<p>上記の通り診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号 医 療 機 関 名</p> <p>医 師 氏 名</p>				

**【注】** この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ交付くださいますようお願いいたします。