

第2号様式（第7条第2号関係）

横須賀市高齢難聴者補聴器購入助成事業
補聴器適合（補聴効果）確認証明書

患者記入欄	カルテ番号 (診察券番号)		生年 月日	年 月 日 (満 歳)
	フリガナ			
	患者氏名			
	患者現住所			
	患者連絡先	(自宅) (携帯)		
担当医記入欄	(下記のいずれかにチェック)			
	<input type="checkbox"/> 上記患者について、補聴器が適合もしくは適合に近い状態であることを確認した。			
	<input type="checkbox"/> 上記患者について、補聴器の装用効果があることを確認した。			
	以下、担当医コメント（任意記載）			
	上記の通り証明します。			年 月 日
所在地				
医療機関名				
電話				
補聴器相談医氏名				