様式第２号（第６条関係）

**補聴器に関する意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 聴力  （４分法による聴力レベル） | 右　　　　　　　 dB 左　　　　　　　　dB | | |
| その他  特記事項 |  | | |

※両耳の聴力レベルが要件に達さないが、補聴器が特に必要と認められる場合は、「その他特記事項」に詳細を記載してください。

※障害者手帳のレベルに相当する方は、本事業の対象にはなりません。

上記の者は、身体障害者手帳交付対象にならないが、補聴器が必要な状態であることを認める。

年　　　月　　　日

医療機関

医師名