

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