

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<br>(4分法による聴力レベル) | 右         | dB | 左 dB |
| その他<br>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