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 |  | 年齢 | 　　　　　歳 |
| 難聴の原因となった疾病名 |  |
| 聴力 | 右　　　　　　　 dB 左　　　　　　　　dB |
| 補聴器の要・否 | 右　（　要　・　否　）　　 左　（　要　・　否　） |
| 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。

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