

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	
難聴の原因となつた疾病名				
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