

補聴器購入費助成事業に関する医師意見書

対象者	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	

【補聴器相談医または身体障害者手帳診断書の作成医師による証明】

上記の者は、両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 70 デシベル未満であり、日常生活に支障をきたすため、補聴器の使用が必要であると認める。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名（署名） _____

※署名の場合は押印不要