

第2号様式

補聴器に関する意見書

助成対象者	フリガナ 氏名			
	生年月日		年齢	歳
病名	加齢性難聴 ・ その他 ()			
日常生活について	日常生活において、以下の質問にあてはまるものに○をつけてください。 聞こえない（聞こえづらい）ことで生活に支障がある。 ある なし			
聴力	右	dB	左	dB
補聴器の要・否	右（要 ・ 否） 左（要 ・ 否）			

上記の者は、身体障害者手帳の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証明します。

年 月 日

医療機関

医師名