

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
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する。 年 月 日 医療機関 医師名			