様式第２号（第５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〇をつけてください。 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