

御前崎市高齢者補聴器購入費補助金交付申請に係る医師の証明書

【本人記入欄】

フリガナ 氏 名		生年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒		

【医師証明欄】

高度難聴以上（両耳の聴力レベルが 70 dB以上又は一側耳の聴力レベルが 90 dB以上、他側耳のレベルが 50 dB以上）の身体障害者手帳の対象となる方には、この証明書を作成しないでください。

聴覚障害の状況及び検査結果

オーディオグラム検査の結果に基づく、4 分法による聴力レベルが、

	右	左
聴力レベル	dB	dB

であり、日常生活を送るために、補聴器が必要であると認めます。

年 月 日

医療機関

所在地

名称

診療科

医師氏名

㊞（署名の場合は押印不要）

電話番号