

第 2 号様式（第 6 条）

高齢者補聴器購入費用助成事業証明書

住 所	横 芝 光 町
氏 名	
生年月日	年 月 日（ 歳）

上記の者は、下記のとおり聴力低下があり、日常生活を営むのに支障があるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

☐ 両耳の聴力が 40 dB以上 70 dB未満で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

☐ その他

理由（ ）

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師名（自署又は記名押印）

※医療機関の方へ
御本人にオーディオグラム（純音聴力図）の発行をお願いします。