様式第２号（第４条関係）

医師意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日（　　　歳） |
| 住所 | 下諏訪町 |
| 　　　上記の者は、聴力機能の低下のため日常生活に支障があり、両耳聴力レベルが４０デシベル以上７０デシベル未満であるため、補聴器の装用が必要と認める。　　　　　　年　　　月　　　日所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |