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 | | | |