

様式第2号（第5条関係）

可児市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る医師意見書

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
現在の聴力レベル	右	デシベル	左 デシベル
<p>上記の者は、4分法による聴力レベルが両耳いずれも40デシベル以上であり、身体障害者手帳の交付基準に該当しないが、日常生活に支障があることから補聴器の使用が必要であると認める。</p>			
			年 月 日
所在地			
医療機関名			
医師氏名			