証明書

※太枠内は申請者（助成対象者）が記入してください。

氏　名	
住　所	
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日

上記の者は、下記のとおり聴力低下のため補聴器の使用が適当であることを認めます。

対象聴力	□　両耳とも中等度（40ｄＢ以上70ｄＢ未満）以上の難聴 □　両耳又は片耳の聴力が40ｄＢ未満だが補聴器が必要 □　その他 理由（　　）

令和　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

医師名（自署又は記名押印）