

様式第2号

阿智村軽度・中等度難聴者補聴器購入助成 医師証明書

助成対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所	阿智村		
<p>上記の者は、両耳聴力レベルが70デシベル未満であり、日常生活に支障があるため、補聴器の使用が必要と認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ (印)</p>			