

様式第 2 号（第 6 条第 1 項第 1 号）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	大正 昭和 年 月 日生
上記の者は、聴力低下のため日常生活を営む上で支障があり、補聴器の使用が必要であることを認めます。 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師名 ⑩	

※身体障害者手帳の交付を受けている者は対象外