耳鼻咽喉科の医師に記入してもらってください。

証明書作成及びオージオグラム交付のための費用は自己負担です。

証　明　書

　　　　　住所　みどり市

氏名

(　　　　年　　　月　　　日生)

四分法にて、聴力が対象に該当する場合☑をつけてください。

【対象聴力】

□両耳の聴力レベルが40デジベル以上で、聴力障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

上記の者は、聴力低下のため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　　　　　　　　　　　　　　　 印

（※自署の場合、捺印は不要です。）

* 申請者(対象者)にオージオグラム(純音聴力図)を交付してください。