

第 2 号様式（第 5 条関係）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
検査結果	右 _____ d B 左 _____ d B （オージオメーターによる検査結果を添付してください。）
上記の者は、4 分法による聴力レベルが両耳それぞれ 4 0 d B 以上 7 0 d B 未満であり、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。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 （署名又は記名押印）	

※ この証明書は、流山市難聴高齢者補聴器購入費用の助成に関する規則により補聴器購入費用の助成を受けるために必要な様式であり、補聴器相談医又は身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項に規定する医師のいずれかのみが証明できるものとなりますので、ご注意ください。