

第2号様式（第6条第2号）

証 明 書

住 所	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり、補聴器の使用が必要であることを認める。 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ ㊟ 押印または自署	