様式第２号（第４条関係）

証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 　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　　　　　　　　　　　　【医療機関】　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　医師名 |