様式第２号（第５関係）

# 医師意見書

年　　月　　日

（宛先）長野市長

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | |
|---|---|
| 申請者氏名 | フリガナ |
| 生 年 月 日 | |
| 住　　所 | |

※この欄は、申請者本人が記入してください。

上記の対象者は、次のとおり聴力の機能が低下しているため補聴器の使用が必要であることを認めます。

| | |
|---|---|
| 聴力レベル | 該当する項目にチェックしてください。<br>□両耳とも聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満である。<br>□両耳又は片耳の聴力レベルが40デシベル未満であるが、補聴器の使用が必要である。<br>□その他（　　） |
| 聴力検査結果 | オージオグラム（聴力検査の結果を示すグラフをいう。）をこの欄又はこの用紙の裏面に貼付するか、本書の右肩の裏面にホチキスで留めてください。 |