

様式第2号(第5条関係)

裾野市高齢者補聴器購入費助成金に係る医師の証明書

(申請者氏名) _____ について、両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満であること及び日常生活において補聴器を使用する必要があることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

電話番号

⑨(署名又は記名押印)