様式第２号（第５条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

清水町高齢者補聴器購入費助成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　　　　　　　　　　　㊞（署名又は記名押印をすること。）

　　　　　電話番号