様式第２号（第４条関係）

医師証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日  　　　（　　　　歳） |
| 住　所 | 松川村 | | |
| 聴　力 | 右　　　　　　db　　・　　左　　　　　　db | | |
| 年　　　月　　　日  　　【医療機関】　　　所 在 地  　　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |

・本意見書の記載は，身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限ります。

・聴力の測定は，平成15年１月10日付け，厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知（障発110001号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害者認定基準）について」に規定する純音オージオメータ検査によります。