様式第2号(第5条関係)

軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 病　名 |  | | | | |
| 障害部位及びその状況 |  | | | | |
| 聴　力 | 右　　　dB | | | 左　　　dB | |
| 補聴器の要・否及び効果 | 右(要・否)　　　　　　　　　　　　　　左(要・否)  (効果)  (両耳に必要な場合は、その理由) | | | | |
| 処　方 |  | | | | |
| 上記のとおり診断する。  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | |

備考

・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・社会援護局障害福祉保健部長通知(障発第110001号)の｢身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)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。