

第2号様式（第5条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書

対象児	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	d B	・	左 d B
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、その理由）			
処方	補聴器の種類： 処方：			
上記のとおり、診断する。  年 月 日 医療機関名  医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				

- ・ 本意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項の知事が定める医師が記入してください。
- ・ 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」に定める純音オーディオメータ検査によります。