

第2号様式(第4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 (歳)
病名				
聴力	右	dB	左	dB
補聴器 要・否	右(要・否)		左(要・否)	
補聴器の 効果	(効果)			
※30dB未満の場合、補聴器の必要性を記入	(両耳に必要な場合はその理由)			
処方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳掛け型	
		<input type="checkbox"/> 耳あな型	<input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関名				
医師氏名				
自署又は記名押印				

- ・本意見書は身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。
- ・聴力の測定は、平成15年1月10日付、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」に規定する純音オージオメータ検査によります。
- ・両耳の聴力が30デシベル未満の場合は、原則助成の対象になりません。ただし、意見書作成医が本事業の趣旨を踏まえ、装用の必要性を認める旨記入がある場合は、その限りではありません。
- ・本意見書の有効期限は作成(診断)日から3か月です。