様式第2号（第4条関係）

燕市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助 成対象者 | 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、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　 |

・本意見書の記載は、身体者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、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。