

軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

助成対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病名				
障がい部位 及びその状況				
聴力	右	デシベル	・	左
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				

- ・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せん。
- ・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ージオメータ検査によります。