

別記様式第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

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 デシベル			
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。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 医療機関名 医師氏名 </div>				

- ・ 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します。
- ・ 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ディオメータ検査によります。