

別記様式第2号（第5条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書

助成対象児	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 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				
上記のとおり診断する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div> 年 月 日 医療機関名 医師氏名 </div> </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。