別紙（様式第１号関係）

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。