

様式第 2 号（第 4 条関係）

難聴者補聴器購入助成事業医師意見書

助成 対象者	住 所			
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日
病 名				
障害部位及び その状況				
聴 力		右 <u> </u> d B ・ 左 <u> </u> d B		
補聴器の要・否 及び効果		右 <u>（ 要 ・ 否 ）</u> ・ 左 <u>（ 要 ・ 否 ）</u> (効 果) (両耳に必要な場合の理由)		
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します。
- ・ 聴力の測定は、平成 1 5 年 1 月 1 0 日付け、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。