

様式第2号（第4条関係）

軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

対象者	住所			
	氏名		生年 月日	年 月 日
病名				
障がい部分 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)
処方	(効果)			
上記のとおり診断する。				
令和 年 月 日				
医療機関名				
医師氏名 印				

- ・ 本意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定す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ディオメータ検査によります。