

様式第 2 号（第 4 条関係）

胎内市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				
聴 力	右	dB	左	dB
補聴器の 要否及び 効 果	右（ 要 ・ 否 ） 左（ 要 ・ 否 ） (効果) (両耳に必要な場合は、その理由)			
処 方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳かけ型	
	イヤモールド	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> その他（ ）
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 （署名又は記名押印） 電話番号				

※本意見書の記入は、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）による都道府県知事が定める医師に限ります。

※聴力の測定は、身体障害者障害程度等級の解説（身体障害認定基準）について（平成 15 年 1 月 10 日障発第 110001 号厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知）に規定する純音オーディオメータ検査によります。