

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 _____ dB ・ 左 _____ dB		
補聴器の要・否 及び効果		右 (要 ・ 否) ・ 左 (要 ・ 否) (効 果) (両耳に必要な場合の理由)		
処 方				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名： _____</p> <p style="text-align: right;">医師氏名： _____</p>				

- ・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。
- ・聴力の測定は、平成15年1月10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。