

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	d B	・	左 d B
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 <span style="float: right;">㊟</span>				

- ・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せん。
- ・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。