様式第２号（第５条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">助成対象
児童</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>障害部位
及びその
状況</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>聴　　力</td><td colspan="4">右　　ｄＢ　・　左　　ｄＢ</td></tr>
<tr><td>補聴器の
要・否
及び効果</td><td colspan="4">右　（　要・否　）　左　（　要・否　）
（効果）

（両耳に必要な場合、その理由）</td></tr>
<tr><td>処　　方</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診断する。

年　　月　　日
医療機関名

医師氏名　　㊞</td></tr>
</table>

・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１１００１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ジオメータ検査によります。