第２号様式（第５条関係）

大月市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | |
| 日常生活  について | 聞こえない（聞こえづらい）ことで生活に支障がある。（どちらかに〇をついてください。）  　　　　あ　る　　　　　　　　　　　　な　し | | | |
| 聴　　力 | 右　　　　　　　　　　　　㏈　　　・　　　左　　　　　　　　　　　　㏈ | | | |
| 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 | □　　ポケット型　　　　□　　耳かけ型  □　　耳あな型　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の所在地  医療機関名  医師氏名  （自署又は記名押印） | | | | |

* 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（身体障害者認定基準）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。