第２号様式（第４条関係）

阿賀野市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成　医師意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年  月日 | 年　　 月　 　日 |
| 病　　名 |  | | | |
| 障がい部位  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） | | | |
|  | | | |
| 処方 |  | | | |
| 上記のとおり診断する。  年　　　　月　　　　日  医療機関名  医師氏名 | | | | |

・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。