

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				
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せん。
- ・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ディオメータ検査によります。