

第2号様式（第5条関係）

湯沢町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            dB      ・      左            dB		
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				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>                    年            月            日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓔ</p>				

- ・ 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。