

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。