

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）	
必要と認める補聴器（処方）				
<p>上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり、補聴器の使用が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 ㊟</p>				

1. 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。
2. 身体障害者手帳の交付対象とならない場合にご記入ください。
3. 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。