

様式第2号(第4条関係)

認知症予防補聴器購入費助成 医師意見書

対象者	住 所	糸魚川市	電 話 番 号	—
	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
病 名				
聴 力		右 dB	左 dB	
補聴器の要否		右 ( 要・否 )	左 ( 要・否 )	
身体障害者手帳 (聴覚) 交付要件 有・無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
補聴器の効果 ※聴力が40dB未満の場合は、 補聴器の必要性を記入すること。		(効果)		
処 方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳掛け型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	イヤーマールド	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
上記のとおり診断する。 年 月 日  医療機関名 医師氏名 *自署又は記名押印				

- ・本意見書は身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。
- ・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。
- ・左右いずれかの聴力が40デシベル未満の場合は、原則として助成の対象になりません。ただし、意見書作成医が、本事業の趣旨を踏まえて装用の必要性を認める旨記入がある場合は、その限りではありません。
- ・本意見書の有効期限は、作成（診断）日から3か月です。