

第2号様式（第4条関係）

中等度難聴者補聴器購入費助成 医師意見書

氏名		
住所	会津若松市	
生年月日	年 月 日	
聴力	右耳                      dB	左耳                      dB
補聴器の要否	右耳（要・否）	左耳（要・否）
上記のとおり、診断します。		
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項に規定す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、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 dB未満の場合、助成の対象となりません。
- ・ 本意見書の有効期限は作成（診断）日から3か月です。