

様式第2号(第4条関係)

認知症予防のための補聴器購入費助成 医師意見書

対象者 (申請者)	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
病 名				
聴 力		右      dB	左      dB	
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 要・否		右(要・否)	左(要・否)	
補聴器使用による コミュニケーション能力 の維持・向上の効果		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
40 dB 未満の場合 補聴器の必要性を記入		※補聴器の必要性を具体的に記入		
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 (                      )	
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、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。