第２号様式（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力レベル | 右：　　　　ｄＢ　　　　・　　　　左：　　　　ｄＢ |
| 補聴器の必要性 | 右（□必要　　□不要）　　　　　左（□必要　　□不要） |
| 装用効果の見込み | * 補聴器の装用により、音及び音声が聞こえやすくなることが見込まれる。
 |
| 特記事項 |  |
| １　意見書の記載は、身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師に限る。２　対象は、聴力レベルが両耳３０ｄＢ以上であって、医師が補聴器装用の必要性を認め、身体障害者手帳の交付を受けていない６５歳以上の者とする。３　聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。 |
| 上記のとおり意見する。　　　　 　　年　　月　　日所　在　地医療機関名医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

軽度・中等度難聴高齢者の補聴器購入費補助金についての意見書