様式第２号（第５条関係）

名取市高齢者補聴器購入費助成金医師意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者(申請者) | 住　所 | 　 |
| 氏　名 | 　 | 生年月日 | 　年　月　日　（　　　歳） |
| 原因疾病・外傷名 |  |
| 聴覚障害の種類 | 　□ 伝音難聴　　□ 感音難聴　　□ 混合難聴 |
| 平均聴力 | 右　　　　　　　dB | 左　　　　　　　dB |
| 補聴器の要否 | 右　(要 ・ 否)　 | 左　(要 ・ 否) |
| 身体障害者手帳（聴覚障害）交付要件の有・無 | □　有　　　　　　□　無 |
| 補聴器の効果 | （効果） |
| 処方 | 補聴器の種類 | □ ポケット型　　□ 耳掛け型□ 耳あな型　　　□ その他（　　　　　） |
| イヤーモールド | □　有　　　　　　□　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) |

（留意事項）

１　補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用として２個とすることができます。

２　両耳の聴力レベルが４０デシベル以上で、身体障害者手帳（聴覚障害）の交付の対象者とならないことを確認ください。

３　身体障害者手帳（聴覚障害）の交付の対象となる場合には、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づく支給等を優先するため、身体障害者手帳の交付の手続をされるよう、お取り計らいください。

４　本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。