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。