

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 ()		
	イヤーマールド	☐ 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 一耳の聴力レベルが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。