

様式第 2 号（第 5 条関係）

甲斐市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成に関する意見書

フリガナ			
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
病 名	加齢性難聴 ・ その他（ ）		
聴 力	右 dB	左 dB	
補聴器の 要・否	右（ 要 ・ 否 ）	左（ 要 ・ 否 ）	
処 方			
上記の者は、身体障害者手帳交付対象にならないが、補聴器が必要な状態であることを証明する。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名			

- ・ 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 日付け厚生労働省・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（身体障害者認定基準）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。