

様式第2 (第5条関係)

轻度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏名		生年月日	年	月	日生(歳)
住所					
難聴の種類					
現在までの経過とその状況をご記入下さい。 (両耳装用及び交互装用が必要となる場合には、必要な理由、装用効果等もご記入ください。)					
聴力	右 (dB)	左 (dB)			
補聴器の種類 (処方)	1 補聴器の種類 () 2 補聴器の装用耳 右・左・両耳・交互 3 イヤーモールド(要 ・ 否)				
その他参考事項					
年 月 日 所在地 医療機関名 医師名					

- 1 意見書の記載は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師とする。
- 2 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して受けるよう取り扱うこととする。