

新発田市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

対象者	住 所	新発田市		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
病 名				
障害部位 及びその 状 況				
聴 力	右 dB ・ 左 dB			
補聴器の 要 ・ 否 及び効果	右 (要 ・ 否) 左 (要 ・ 否) (効果) (両耳に必要な場合、その理由)			
処 方				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名				

- ・ 本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りま
- ・ 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。