

第 2 号様式（第 5 条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書

対象児童	住所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
病 名				
障害部位 及びその 状 況				
聴 力	右	d B	・	左 d B
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				

備考

- この意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する新潟県知事の定める医師が記載すること。
- 聴力の測定は、身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について（平成 15 年 1 月 10 日付け障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に規定する純音オーディオメータ検査によること。