

様式第 2 号(第 6 条関係)

軽度・中等度難聴高齢者補聴器購入費助成に係る医師等意見書

対 象 者 (申請者)	住 所	あわら市		
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
聴 力		右	dB	左
身体障害者手帳(聴覚) 交付要件 有・無		☐ 有 ☐ 無		
補聴器 要・否		右(要・否) ☐ 左(要・否) ☐		
補聴器使用による コミュニケーション能力 の維持・向上の効果		☐ 有 ☐ 無		
3 0 dB 未満の場合 補聴器の必要性を記入		※補聴器の必要性を具体的に記入(両耳の聴力レベルが 30db 以上場合は記載不要)		
処 方 (補聴器の種類)		☐ ポケット型 ☐ 耳掛け型 ☐ 耳あな型 ☐ その他 ()		
上記のとおり判定する。 年 月 日 医療機関名 又は補聴器取扱事業者名 医師氏名 又は言語聴覚士 又は認定補聴器技能者等氏名 自署又は記名押印				

- ・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。
- ・左右いずれかの聴力が30db未満の場合は原則助成の対象になりません。ただし、意見書作成医、言語聴覚士、認定補聴器技能者等が本事業の趣旨を踏まえ装用の必要性を認める旨記入がある場合は、その限りではありません。
- ・本意見書の有効期限は作成日から 3 か月です。

【その他 留意事項】

- ・本助成事業は、両耳の聴力が 30 d b 以上 70 d b 未満であり、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）別表第 2 項第 1 号から第 3 号までに規定する障害を有しない方が対象です。身体障害者手帳（聴覚）の交付要件が「有」の場合は、本補聴器助成の対象になりません。必要に応じて、身体障害者手帳の申請をお願いします。
- ・片耳のみ聴力が 30 d b 未満で、補聴器が必要と思われる場合は、理由欄をご記入ください。