第２号様式（第４条関係）

四日市市高齢者補聴器購入費助成事業　医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者
（申請者）</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">聴　　力</td><td colspan="3">右　　dB　　左　　dB</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳（聴覚）
交付用件　有・無</td><td colspan="3">□　有　　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器　要・否</td><td colspan="3">要　・　否</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3">□　有　　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">３０dB未満の場合補聴器の
必要性を記入</td><td colspan="3">※補聴器の必要性を具体的に記入</td></tr>
<tr><td colspan="2">処方
（補聴器の種類）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名
医師氏名　　印</td></tr>
</table>

・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、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ジオメータ検査によります。

・左右いずれかの聴力が 30 デシベル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。