様式第２号（第６条関係）

長浜市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

【申請者（対象者）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 | | |

＜注意＞文書料は申請者の自己負担です。

【医師意見欄】

|  |
| --- |
| 上記の者について、次のとおり認めます。  ※該当する項目に☑してください。  　　　□聴力レベルが４分法で両耳がそれぞれ４０デシベル以上かつ身体障害者福祉法別表第  　　　　２項に該当しない。  　　　　※オージオグラム検査結果（６か月以内のもの）を添付してください。  　　　□補聴器の装用が有用である。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　医療機関名  　　　　　　所在地  　　　　　　医師名 |

※本意見書は、耳鼻咽喉科を標榜する医師が作成してください。

身体障害者福祉法～抜粋～

別表（第４条、第１５条、第１６条関係）

２　次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

**(1)　両耳の聴力レベルがそれぞれ７０デシベル以上のもの**

**(2)　一耳の聴力レベルが９０デシベル以上、他耳の聴力レベルが５０デシベル以上のもの**