

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。
※オーディオグラム検査結果（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