

軽・中等度難聴児補聴器購入費等助成意見書

対 象 者	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
障 害 名					
障 害 原 因					
経 過 及 び 現 症					
現在の聴力レベル		右	d B	左	d B
補聴器の必要性		右 (必要 ・ 不要)		左 (必要 ・ 不要)	
補 聴 器 の 種 類		<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> その他 (種類：) 理由： ※この制度により助成する補聴器は、原則として高度難聴用耳かけ型補聴器です。 その他種類を推奨する場合は、その理由を記入してください。			
装用効果の見込み					
<p>1 意見書の記載は、原則、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。</p> <p>2 対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める身体障害者手帳の交付対象とならない18歳以下の者（18歳の者にあつては18歳に達した日の属する年度の末日までの者）とする。</p>					
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 医 師 名</p>					