

様式第2号(第6条関係)

富山市高齢者補聴器購入費助成医師意見書

対象者 (申請者)	住所	富山市		
	氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
診断名				
聴力		右	dB	左
身体障害者手帳 (聴覚) 交付要件		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
補聴器の必要性		<input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳)		
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		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無
上記のとおり意見する。				
年 月 日				
医療機関名				
耳鼻咽喉科医氏名				
(自署又は記名押印)				

・聴力の測定は、身体障害認定基準に規定する純音オージオメータ検査により実施してください。(平均聴力4分法)

・本意見書の有効期限は作成(診断)日から3か月です。

【助成対象となる聴力レベル】

ア 両耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満である者

イ 片耳の聴力レベルが40dB以上70dB未満であり、他耳の聴力レベルが70dB以上で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付基準に該当しない者