

様式第 2 号(第 6 条関係)

医師の補聴器に関する意見書

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
聴力	右 d B ・ 左 d B			
身体障害者手帳の申請について		要 ・ 否		
補聴器の 要・否及 び効果	右（ 要 ・ 否 ） 左（ 要 ・ 否 ） (効果及び両耳に装用が必要な場合はその理由)			
処方	☐ 耳かけ型 ☐ ポケット型 ☐ 耳あな型 ☐ その他()			
上記の者は、身体障害者手帳交付対象にならないが、補聴器が必要な状態であることを証明する。 年 月 日 医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 (署名又は記名押印)				

- ・ 本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りします。
- ・ 聴力の測定は、平成 15 年 1 月 10 日付け、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(身体障害者認定基準)について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。