

様式第2号（第5条関係）

東海村軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成意見書

対象者	住 所	東海村		
	ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日
病 名				
障害部位及び その状況				
平均聴力レベル (４分法)	右	dB	・ 左	dB
補聴器の要・否 及び効果	右 (要 ・ 否) 左 (要 ・ 否) (効果) 最高語音明瞭度 裸耳____dB____%, 装用耳____dB____%			
必要とする 補聴器の機種名				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名				

備考

- 1 本意見書の記載は、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が委嘱する補聴器相談医又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項の規定により茨城県知事が定める医師が記入したものに限りです。
- 2 聴力の測定は、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(平成15年1月10日付け障発第110001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)に規定する純音オーディオメータ検査によります。
- 3 病院又は公益財団法人テクノエイド協会の認定補聴器専門店で行った検査又は効果測定の結果を添付してください。