様式第２号（第６条関係）

八幡浜市高齢者補聴器購入費助成事業

医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者
（申請者）</td><td>住所</td><td colspan="3">八幡浜市</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日
（　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">聴力</td><td colspan="3">右＿＿＿dB　・　左＿＿＿dB</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳（聴覚）交付要件の有無</td><td colspan="3">□　有　　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器の要否</td><td colspan="3">右（　要　・　否　）　左（　要　・　否　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="3">□　有　　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">両耳の聴力が 30 dB以上 70 dB未満以外の場合は補聴器の必要性を記入</td><td colspan="3">□　片耳聴力が７０dB以上である。
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器の処方内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">私は、身体障害者福祉法第１５条第１項による指定医です。
上記のとおり診断します。
年　月　日
医療機関名
所　在　地
医 師 氏 名</td></tr>
</table>

・　本意見書は身体障害者福祉法第１５条第１項による指定医が作成してください。

・　両耳の聴力が 30 dB以上 70 dB未満以外の場合は原則助成の対象になりません。ただし、意見書作成医が本事業の主旨を踏まえ補聴器の装用の必要性を認める旨記入がある場合はその限りではありません。

・　本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。