

軽・中等度難聴児の補聴器購入費等助成についての意見書

対象児	住 所	岡崎市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
障がい名				
経過と現在の症状				
現在の聴力レベル	右	d B	左	d B
補聴器の必要性	右 ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ) 左 ( <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 )			
補聴器等の種類	<input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型 <input type="checkbox"/> その他 <u>種類</u> _____ 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掛け型です。その他の種類を推奨する場合は、その理由を記入してください。 ----- 処 方			
装用効果の見込み				
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。 2 対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める身体障がい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。				
上記のとおり意見する。  令和 年 月 日  所 在 地 医療機関名 医 師 名				
				(印)