様式第２号（第５条関係）

甲州市軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成金交付申請　医師意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象者</td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年
月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>聴　力</td><td colspan="4">右　　dB　・　左　　dB</td></tr>
<tr><td>補聴器の
要・否
及び効果</td><td colspan="4">右　（　要　・　否　）　左　（　要　・　否　）
（効果）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の通り診断する。

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）</td></tr>
</table>

・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ジオメータ検査によります。