様式第２号（第５関係）

医師意見書（岩手町高齢者補聴器購入費助成申請用）

<table>
<tr><td rowspan="2">対 象 者
（申請者）</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
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>原因疾病
・外傷名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>聴覚障害
の種類</td><td colspan="4">☐ 伝音難聴　　☐ 感音難聴　　☐ 混合難聴</td></tr>
<tr><td>平均聴力</td><td colspan="2">右 ＿＿＿＿ dB</td><td colspan="2">左 ＿＿＿＿ dB</td></tr>
<tr><td>補聴器の要否</td><td colspan="2">右　（　要・否　）</td><td colspan="2">左　（　要・否　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳（聴覚障害）
交付要件の有・無</td><td colspan="3">☐ 有　　☐ 無</td></tr>
<tr><td>補聴器の
効　果</td><td colspan="4">（効果）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">処　方</td><td>補聴器の種類</td><td colspan="3">☐ ポケット型　☐ 耳掛け型
☐ 耳あな型　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>イヤーモールド</td><td colspan="3">☐ 有　　☐ 無</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり診断する。
年　月　日
医療機関名
医 師 氏 名
（自署又は記名押印）</td></tr>
</table>

（留意事項）

1　補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、生活上特に必要と認められる場合は、両耳装用として２個とすることができます。ただし、助成金の上限額は個数に関わらず４万円となります。

2　両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上で、身体障害者手帳（聴覚障害）の交付の対象者とならないことをご確認ください。

3　身体障害者手帳（聴覚障害）の交付の対象となる場合には、「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」に基づく支給等を優先するため、身体障害者手帳の交付の手続をされるよう、お取り計らいください。

4　本意見書の有効期限は作成（診断）日から３か月です。