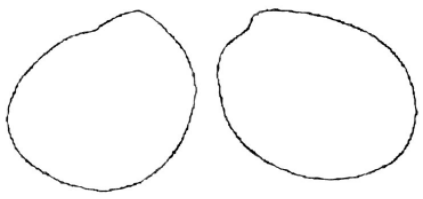
様式第２号（その１）（第５条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（６歳未満）

氏　　名		男・女	年　　月　　日生（　　歳）
住　　所			
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		
補聴器の装用効果	右	有　・　無	
	左	有　・　無	
補聴器の種類 （処　　方）	１　補聴器の種類 重度難聴用 高度難聴用 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他の型式（　　） 理由（　　） 装用耳　（右・左・両） イヤモールド（要・不要） ２　現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無）		
現在までの障がいの状況（治療の内容、期間、経過）・意見を記入してください。			
耳鼻疾患の有無 及び障がいの状況			

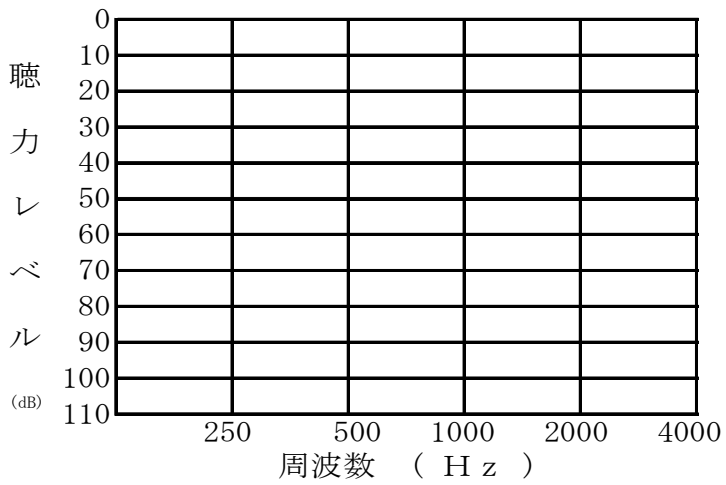
ＡＢＲ・ＡＳＳＲ閾値

（　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　dB、左　　dB
検査機関名　　医師氏名　　㊞

（　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　dB、左　　dB
検査機関名　　医師氏名　　㊞

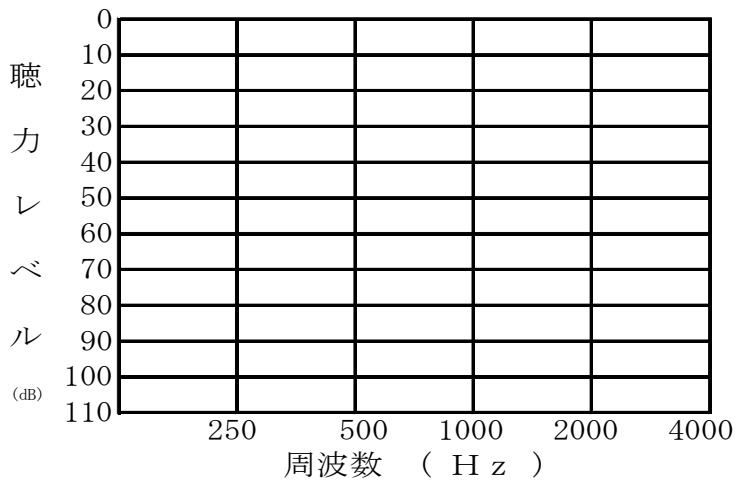
（　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　dB、左　　dB
検査機関名　　医師氏名　　㊞

ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB



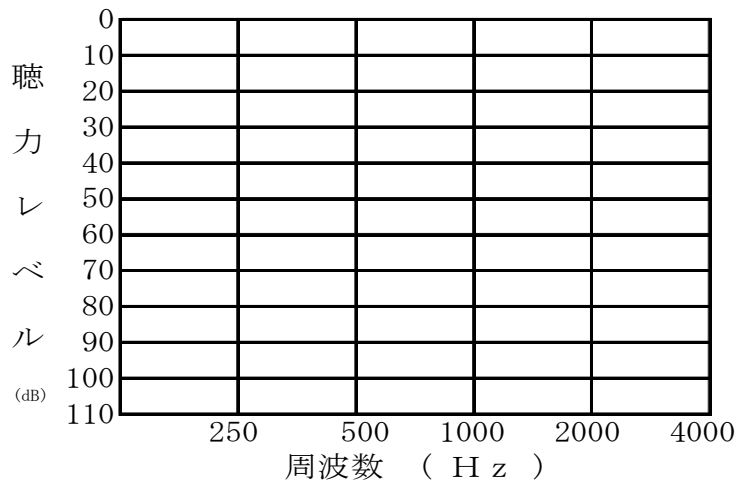
検査機関名　　医師氏名　　㊞

ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB



検査機関名　　医師氏名　　㊞

ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　年　月　日実施）右　　dB、左　　dB



検査機関名　　医師氏名　　㊞

１　意見書の記載は、身体障害者福祉法第 15 条第１項の都道府県知事の定める医師に限る。
２　法令の規定に基づく交付等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

所 在 地

医療機関名

医師氏名　　㊞