

様式第 2 号（第 7 条関係）

補聴器相談医の意見書

さくら市長

様

対象者	住所			
	氏名			
	生年月日			
聴力	左	db	右	db
補聴器の必要性 (どちらかに○)	左（必要・不要）		右（必要・不要）	
身体障害者手帳の交付 (どちらかに○)	対象にならない・対象になる			
装用効果 (該当する場合は☑)	☐ 補聴器の装用により、聴力の改善が期待できる。			
備考				
このとおりに意見します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 ※署名又は記名押印				

※ 本件に係る聴力測定は、身体障害認定基準（平成 15 年 1 月 10 日付け障発第 0110001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知別紙）第 2 の二の 1 の(4)に規定する純音オーディオメータ検査により行ってください。

※ この意見書は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医が記入してください。