

記入例

第2号様式（第4条関係）

長岡市難聴者補聴器購入費助成 医師意見書

申請日時時点で、50歳未満・75歳以上の方は、対象になりません。

対象者	住所	長岡市 幸町 2丁目1番1号		
	氏名	長岡 太郎	生年月日	昭和**年4月2日 (60歳)
病名	*****			
聴力	右 45 db	左 35 db		
補聴器要・否	要			
身体障害者手帳（聴覚） 交付要件 有・無	無			
補聴器の効果 ※40db未満の場合、補聴器の必要性を記入	(効果) *****のため、補聴器の装用が必要。			
処方	補聴器の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ポク	<input type="checkbox"/> 耳あ	
	イヤーマールド	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
上記のとおり診断する。  令和**年 **月 **日  医療機関名 *****  医師氏名 *****  自署又は記名押印				

身体障害者手帳（聴覚）の交付要件が「有」の場合は、本補聴器購入費助成の対象となりません。別の事業の対象になる可能性があります。

本補聴器購入費助成の対象は、両耳それぞれの聴力が40db以上の方が対象です。40db未満の場合は、ご記入ください。

- ・本意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。
- ・聴力の測定は、平成15年1月10日付、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（身体障害認定基準）について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。
- ・左右いずれかの聴力が40デシベル未満の場合は原則助成の対象になりません。ただし、意見書作成医が本事業の趣旨を踏まえ装用の必要性を認める旨記入がある場合は、その限りではありません。
- ・本意見書の有効期限は、作成（診断）日から3か月です。

**【その他 留意事項】**

- ・本助成事業は、両耳それぞれの聴力が40db以上の方が対象です。40db未満で、補聴器が必要と思われる場合は、理由欄をご記入ください。
- ・身体障害者手帳（聴覚）の交付要件が「有」の場合は、本補聴器購入費助成の対象になりません。必要に応じて、「身体障害者診断書・意見書」のご作成をお願いします。  
(様式はこちら→長岡市ホームページ トップ>申請書様式のダウンロード>高齢・障害)