

様式第2（第6条関係）

（表面）

美浜町難聴高齢者補聴器購入費助成についての意見書

住 所	美浜町		
氏 名		生年月日	年 月 日
現在の聴力レベル	右（ ）dB	左（ ）dB	
補聴器の必要性	右（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ） 左（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ）		
補聴器の種類	<input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> その他 種類 _____ 理由 _____ 処方における特記事項 _____		
その他参考となる意見			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名			

(裏面)

意見書記載に当たっての留意事項

- 1 意見書の記載は、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会より補聴器相談医に委嘱された医師又は身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する聴覚障害の区分に指定された医師が記載してください。
- 2 高齢者の補聴器購入費助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める65歳以上の高齢者のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが30dB以上の場合となります。
- 3 「処方における特記事項」について
補聴器の左右を記入してください。両耳装用の場合には、その理由と装用効果等を記載してください。交互装用の指示、イヤモールドの作成、骨伝導補聴器の必要性などはこの欄に記載してください。
- 4 「その他参考となる意見」について
無線通信機能を持った補聴器が必要な場合には、この欄に記入してください。その場合には、その理由と装用効果等を記載してください。