

様式第 2 号（第 5 条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

対 象 児	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
疾 病 名				
対象児の状況	(聴力 右 d B, 左 d B)			
補聴器の 要・否 及び効果	右 (要 ・ 否) 左 (要 ・ 否)			
	(効果)			
	(両耳に必要な場合、その理由)			
処 方				
上記のとおり意見する。				
年 月 日				
医療機関名				
医師氏名				
印				

※この事業の対象者は、身体障害者手帳の交付の対象とならない難聴児で、補聴器の装用により言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断する 1 8 歳未満の者です。