

第2号様式（第5条関係）

鈴鹿市軽度・中等度難聴者補聴器購入費助成医師意見書

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。

対象者	住所	鈴鹿市		
	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
病名				
聴力 (4分法平均聴力) ※1	右	dB	左	dB
補聴器の 要否及び効果 ※2	右 ( 要・否 )		左 ( 要・否 )	
処方	補聴器の種類	<input type="checkbox"/> ポケット型	<input type="checkbox"/> 耳掛け型	
		<input type="checkbox"/> 耳あな型	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	イヤモード	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関名 医師氏名				印
※自署または記名押印				

本意見書の有効期限は、作成（診断）日から6か月です。

- ※1 4分法平均聴力とは、周波数500、1000、2000Hzにおける気導聴力閾値の測定値をそれぞれa、b、cとした場合、 $(a + 2b + c) / 4$ の数式で算出した数値とします。ただし、測定値が100dB以上の場合は105dBとして計算します。  
なお、聴力の測定は、JIS規定に適合したオーディオメータを用いた純音聴力検査によります。
- ※2 左右いずれかの聴力が25dB未満の場合は助成の対象になりません。また、聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象者は助成の対象になりません。