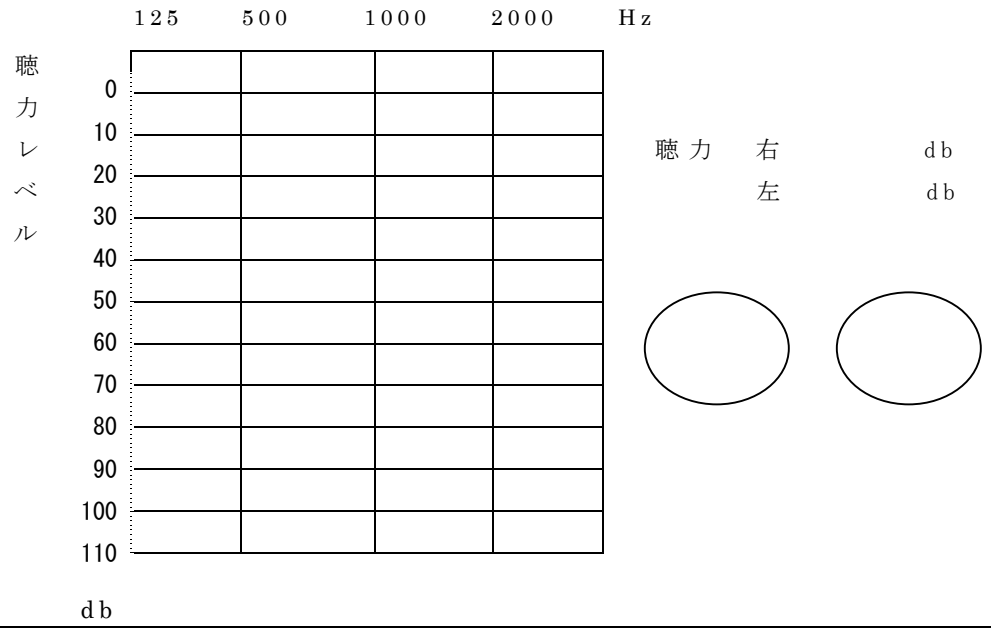
様式２－(4)

補　聴　器　支　給　意　見　書

氏　　名		男 女	生年月日	年　　月　　日	
住　　所				手帳等級	種　　級
障害名					

現　　症



医学的所見 （補聴効果等）	
補聴器の型	1 高度難聴用ポケット型　2 高度難聴用耳かけ型　3 重度難聴用ポケット型 4 重度難聴用耳かけ型　5 耳あな型レディメイド 6 耳あな型オーダーメイド
イヤモールド （要の場合は理由）	1　要（理由　　）　2　不要
その他 特記事項	

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

指定医師
病院等名
住　　所
氏　　名　　印

※身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。

※　耳かけ型 は、職業上または教育上真に必要な者であること。　※　耳あな型は、ポケット型及び耳かけ型の利用が困難で、真に必要な者であること。　※　オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等レデイメイドで対応不可能な者に限ること。