

注5 聴覚障害の障害程度が3級の者に高度難聴用を処方する場合、「高度難聴用が適当」と判断する理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。

注4 聴覚障害の障害程度が4級の者に重度難聴用を処方する場合、必要な理由を「処方理由・その他特記事項」の欄に記入してください。

注3 耳あな型補聴器、および両耳装用の場合は職業上、教育上、真に必要な理由を記入してください。

注2 概ね3か月以内の身体障害者診断書・意見書（聴覚障害用）の写しの添付があるときは※の項目の記入の必要はありません。

注1 該当するものを○で囲んでください。

[illegible]

上記補装具は(適当・不適當)と判定します。

年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師