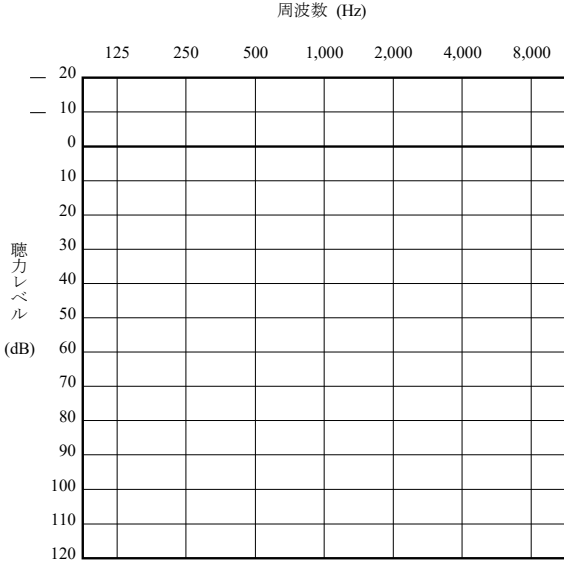
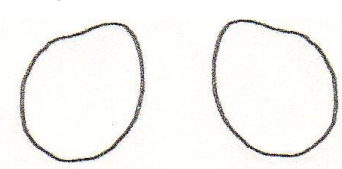


難聴児補聴器購入費助成意見書			
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所			
障害名			
聴力レベル (四分法)	右 d B 左 d B	オージオグラム [聴力検査 (CORを含む)] オージオメーターの形式 _____	
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 軽度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 中等度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 高度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> イヤモールド (要・否) <input type="checkbox"/> 骨導式 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 平面レンズ (要・否) (右・左)	検査日 _____ 年 月 日 周波数 (Hz) 125 250 500 1,000 2,000 4,000 8,000  聴力レベル (dB) 20 10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 ※気導・骨導聴力をご記入下さい。	
	2. 補聴器装用による補聴効果 良・可・効果なし	A B R 検査による閾値 (年 月 日 実施) 右: d B 左: d B (年 月 日 実施) 右: d B 左: d B	
3. 補聴援助システム(重度難聴用耳かけ型) 電波方式 <input type="checkbox"/> FM式 (右・左) <input type="checkbox"/> デジタル式 (右・左)	鼓膜の状態 		
現在までの障害の状況 (治療の内容, 期間, 経過)・意見をご記入下さい。			
1. 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の知事が定める医師に限る。 2. 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活等において真に必要と認めた場合は両耳装用とし2台とすることができる。 3. 対象は、両耳の聴力レベルが30dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならないことを原則とし、医師が装用の必要を認めた場合は30dB未満でも交付対象とする。 4. 障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。			
上記の通り補聴器装用の必要を認める。			
令和 年 月 日	所在地		
	医療機関名		
	医師名	印	

※記載の際は、裏面の留意点を必ずお読みください。

(様式第2号裏面)

難聴児補聴器購入費助成意見書作成上の留意点

1 型式等

対象となる要件は次のとおりです。

《耳あな型》ポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な場合。

【例】 耳介の欠損や変形、皮膚炎等が著しく耳かけ型の使用が不可能

建築現場の作業等で常にヘルメットを装用

調理師等で常に油煙・湯気のある場所で働いている者

特にオーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者に限られます。

《骨導式》伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な場合。

・備考

《ポケット型》・《耳かけ型》については、本人の障害状況や使用目的によりどちらか適する器種を選択してください。

2 理由

以下の場合はその理由等を「現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見」に記載願います。

- (1) 両耳装用を必要とする理由
- (2) 耳あな型、骨導式を選択した理由
- (3) 高度難聴用・重度難聴用を選択した理由
- (4) イヤモールドを必要とする理由
- (5) 両耳の聴力レベルが30dB未満で装用を必要とする理由
- (6) 補聴援助システムを必要とする理由