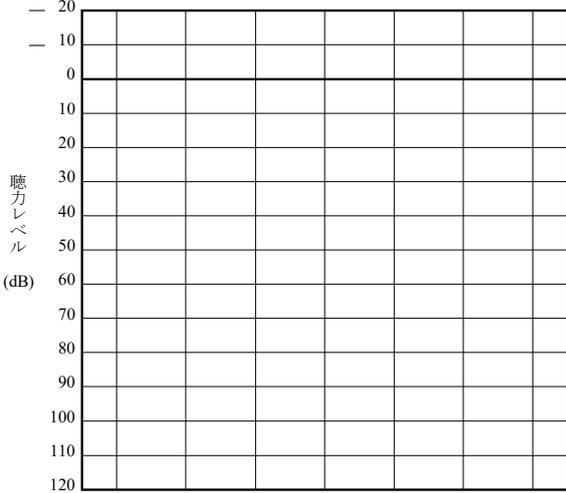
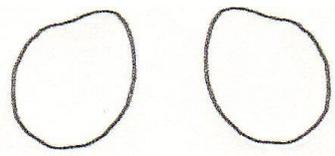


難聴児補聴器購入費助成意見書			
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所			
障害名			
聴力レベル (四分法)	右 d B 左 d B	オーディオグラム [聴力検査 (CORを含む)] オーディオメーターの形式 _____	
補聴器の種類 (処 方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 軽度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 中等度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 高度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (裏面注1) <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 (裏面注1) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 () <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 	
		※気導・骨導聴力を御記入下さい。 ABR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	
	2. 補聴器装用による補聴効果 良 ・ 可 ・ 効果なし	3. 加算・付属品等 (裏面注2) <input type="checkbox"/> デジタル補聴器調整 <input type="checkbox"/> 受信機 <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク <input type="checkbox"/> オーディオシュー <input type="checkbox"/> その他 ()	
鼓膜の状態 			
現在までの障害の状況 (治療の内容、期間、経過)・意見を御記入下さい。(裏面注3)			
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) (自署又は記名押印)			

※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。**(注1)**

(1) 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者。

【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、障がいの状況、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。

(2) 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。

(3) ポケット型・耳かけ型

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 加算・付属品等 (注2)

(1) 専門的な知識・技能を有するもの(認定補聴器技能者等)によるデジタル補聴器の調整を必要とする場合は、加算・付属品等の欄から選択してください。

(2) 受信機やワイヤレスマイク等の補聴援助システムを必要とする場合、加算・付属品等の欄から選択した上で、その必要とする理由を、現在までの障がいの状況・意見を御記入ください。

3 理由 (注3)

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) 受信機やワイヤレスマイク等の補聴援助システムを必要とする理由

【例】 会議、一斉授業のように離れたところからの音声を聴取する必要があるもの。