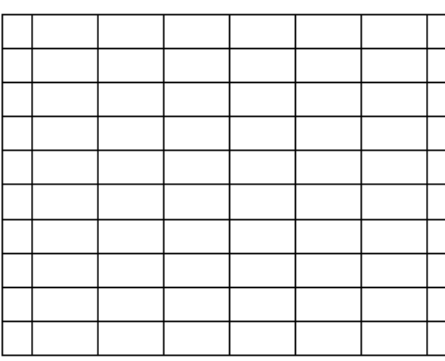
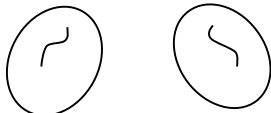


補聴器費(支給・修理)意見書				18歳未満用			
本人	氏名		生年月日	平成・令和	年 月 日(歳)		
	住所			電話番号			
障がい名			等級	種 級			
現 症	聴 力 レ ベ ル	オーディオグラム(気導・骨導検査を記入のこと)		検査法・オーディオメーター []			
		(dB) 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 125 250 500 1000 2000 4000 8000 (Hz)			会話音域平均聴力レベル	右 dB	左 dB
					(4分法)		-----
語音明瞭度 :		右 % (dB)	左 % (dB)		(裸耳)		
			鼓 膜 所 見				
							
障害状況		右耳	伝音性難聴・感音性難聴・混合性難聴	左耳	伝音性難聴・感音性難聴・混合性難聴		
処方 (必要なものに○を付ける)	装用	1 右耳 2 左耳 3 両耳 (両耳に必要な理由を下記に記載する)					
	適応	1 高度難聴用 2 重度難聴用 (特記事項欄に理由を記載)					
		イヤモールド	要 (特記事項欄に必要な理由を記載)		不要		
	型式	ポケット型・耳かけ型・耳あな型・骨導式(形)・FM型・ベビー型 (特例補装具)					
修理	内容						
上記補聴器(修理)が必要な理由	語音明瞭度(補聴器装用) : 右 % (dB)、左 % (dB)						
上記のとおり診断する。 自立支援医療機関の住所 電話 — — 令和 年 月 日 自立支援医療機関の名称 代表医師名 印							

※「特記事項」欄には①両耳装用が必要な理由 ②重度難聴用が必要な理由 ③イヤモールドが必要な理由 ④骨導式が必要な理由等について記載してください。
 なお、障害者自立支援法に基づく支給基準は次のとおりです。
 ・支給数は原則として1個です。
 ・イヤモールドの対象者は、既製の耳栓ではハウリングが起こる者です。
 ・骨導式補聴器の対象者は、伝音性難聴であって耳漏が著しい者、または外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓やイヤモールドの使用が困難な者となっています。
 ※補装具費支給基準にない構造のものは特例補装具費の扱いになります。別書式をお使い下さい。
 ※問い合わせ先：各市町村の障がい福祉担当課にお問い合わせください。