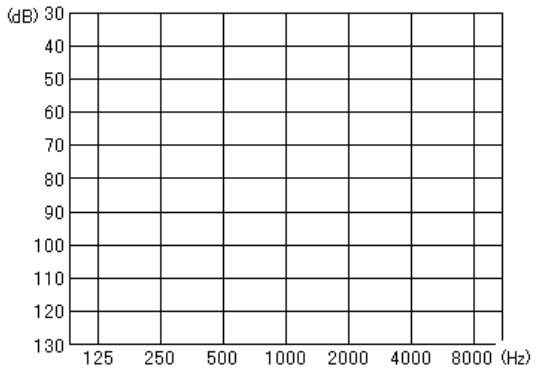
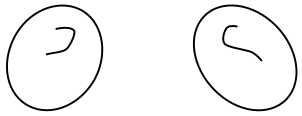
補 聴 器 費 支 給 意 見 書（書 面 判 定 用）

本人	氏 名		生年月日	大正・昭和・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	オージオグラム(気導・骨導検査を記入のこと)  	会話音域平均聴力レベル（4分法）　右　　dB 左　　dB 語音明瞭度〔裸耳〕：右　　%（　　dB） 左　　%（　　dB） 鼓膜所見 
	右耳	1 伝音性難聴　2 感音性難聴　3 混合性難聴	
	左耳	1 伝音性難聴　2 感音性難聴　3 混合性難聴	
補聴効果について		語音明瞭度［補聴器使用］：右　　%（　　dB）・左　　%（　　dB）	

処 方（必要なものに○を付ける）	装用	1 右耳　2 左耳　3 両耳（特記事項欄に必要な理由を記載）	
	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	
特記事項			

上 記 の と お り 診 断 す る。

医療機関の住所

電話　　－　　－

令和　　年　　月　　日　　医療機関の名称

15条指定医師名　　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。

※状況により、本人に身体障害者相談センターへ来所していただく場合があります。

※問い合わせ先　：　宮崎県身体障害者相談センター（TEL　0985－29－2556 ）