

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

氏 名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生 (歳)

住 所 _____

障 害 名 _____

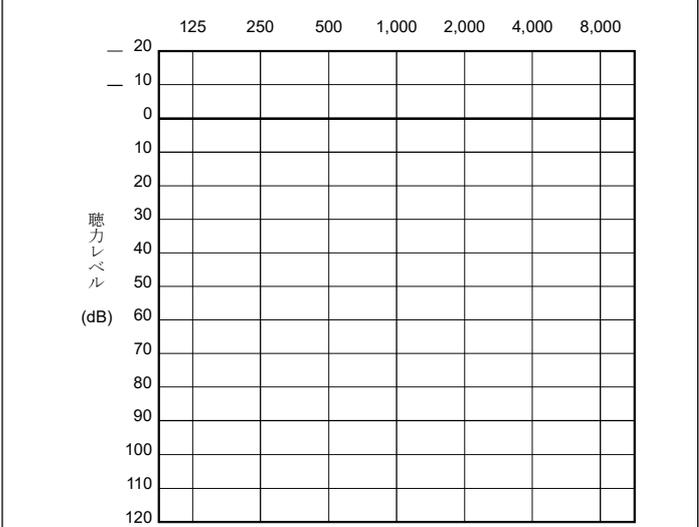
聴 力 レ ベ ル (四 分 法) 右 _____ dB 左 _____ dB

- 補聴器の種類 (処 方)
- 1 補聴器の種類
- ポケット型
 - 耳かけ型
 - 軽度難聴用 (右・左)
 - 中等度難聴用 (右・左)
 - 高度難聴用 (右・左)
 - 重度難聴用 (右・左)
 - 耳あな型
 - レディメイド
 - オーダーメイド
 - イヤモールド (要・否)
 - 骨導式
 - ポケット型
 - 眼鏡型
 - その他(_____)
 - 平面レンズ (要・否) (右・左)
- 2 補聴器装用による補聴効果
良・可・効果なし

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 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日



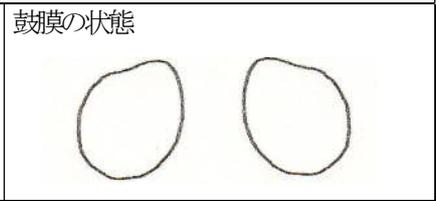
※気導・骨導聴力をご記入下さい。

ABR検査による閾値

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 実施) 右: _____ dB 左: _____ dB

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 実施) 右: _____ dB 左: _____ dB

現在までの障害の状況 (治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。



- 1 意見書の記載は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の岩手県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30 dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。ただし、30 dB未満であっても医師が装用の必要を認めた場合は、対象とする。
- 4 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等に基づく給付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。

年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____
医療機関名 _____
医師名 _____

(印)