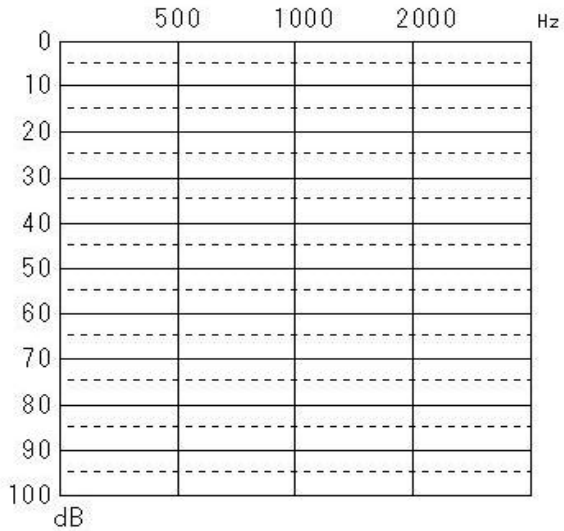
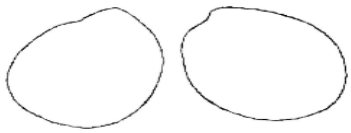
様式第２号（その２）（第５条関係）

軽・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書（３歳以上）			
氏　名		男・女	年　月　日生（　歳）
住　所			
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴	オージオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式	
聴　力※	右	dB	
	左	dB	
補聴器の装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類（処　方）	１．補聴器の種類 耳かけ型・ポケット型 ・重度難聴用　（右・左） ・高度難聴用　（右・左） ・軽度・中等度難聴用　（右・左） イヤモールド（要・否） 耳あな型(右・左) 骨導式 補聴システム その他（　　） ２．現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無） ３．使用効果見込み		



※　気導・骨導聴力をご記入ください。
※　聴力は、500・1,000・2,000 周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・c とし、(a＋2b＋c)／4 により算出してください。

現在までの障害の状況（治療の内容、期間及び経過）・意見をご記入ください。	耳鼻疾患の有無及び障害の状況
	

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５４条第２項に規定す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項に規定する医師に限る。
２　障害者の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳への片側装用を原則とし、教育、生活上等特に必要と認めた場合は２台交付することができる。
３　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。

上記のとおり意見する。

年　月　日　　所在地

医療機関名

医師氏名