

難聴児補聴器購入費助成意見書

助成対象 児童	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病 名				
障害部位及 びその状況				
聴 力	右	dB	左	dB
補聴器の 要・否 及び効果	右 (要 ・ 否) (補聴器の装用効果)		左 (要 ・ 否)	
	(両耳に必要な場合、その理由)			
必要と認め る補聴器 (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"/> イヤモールド (要・否)	<input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式 <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)		
	(耳あな型・骨導式を選択した場合、その理由)			
	(2) 補聴援助システムの種類			
	<input type="checkbox"/> 受信機 (FM 型) <input type="checkbox"/> 受信機 (デジタル型)			
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関名				
医師氏名				
㊞				

1. 本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りま。
2. 身体障害者手帳の交付対象とならない場合にご記入ください。
3. 聴力の測定は、平成 15 年 1 月 10 日付、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発第 0 1 1 0 0 0 1 号）の「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。