

様式第 2 号(第 5 条関係)

高松市難聴児補聴器購入費用助成金交付意見書

氏名		男・女	生年 月 日	年 月 日生 (歳)		
住所						
医 学 的 所 見	難聴の種別	伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴				
	貼 付 欄					
	※オーディオグラム、または幼児聴力検査結果を必ず添付してください。					
	平均聴力レベル	左耳	d B		右耳	d B
補 聴 器 処 方	装 用 耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤモールド	要 ・ 否	
				ダンパー入りフック	要 ・ 否	
	タイプ	☐ポケット型 ☐耳あな型（レディメイド） ☐骨導式ポケット型 ☐耳かけ型 ☐耳あな型（オーダーメイド） ☐骨導式眼鏡型 ☐軟骨伝導補聴器				
	適 応 理 由 等	※平均聴力レベルが 3 0 デシベル未満で、難聴の状態を勘案し、補聴器を装用する必要があると認められる場合は、その理由を記載してください。 ※耳あな型及び骨導式、軟骨伝導補聴器の処方については、必要性を必ず記入してください。 特にオーダーメイドの場合はレディメイドでは適応できない理由、骨導式、軟骨伝導補聴器の場合は他の型の補聴器では適応できない理由を記載してください。				
備 考	・ 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 5 9 条第 1 項の規定による指定医療機関の医師に限る。 ・ 補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上必要と認めた場合は、両側に装用ができるものとする。 ・ 対象は、両耳の聴力レベルが 3 0 デシベル以上（ただし、医師が難聴の状態を勘案し、補聴器を装用する必要があると認めた場合はこの限りでない。）で、身体障害者手帳の交付の対象とならない難聴児とする。					
以上のとおり意見する。 年 月 日				年 月 日		
医療機関名 医師氏名				確認者 職氏名		