**イヤモールド調査書**

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名：

生年月日：　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

①装着場所（どちらかの□に✓を記入し、（　）内の身体状況について該当するものに○を記入）

□右耳用　（人工内耳埋め込み術を施術している・人工内耳埋め込み術を施術していない）

□左耳用　（人工内耳埋め込み術を施術している・人工内耳埋め込み術を施術していない）

②使用する補聴器について（下記の□のうちいずれか１つに✓を記入）

□高度難聴用耳かけ型　　□高度難聴用ポケット型

□重度難聴用耳かけ型　　□重度難聴用ポケット型

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③申請理由について（修理申請のみ記入。下記のうち、該当する番号に〇をつけてください。）

|  |
| --- |
| （補聴器にイヤモールドを後付けする場合）   1. 耳栓ではフィードバック（音もれによる異常発信音）が防止できない 2. 耳栓では本体を保持できない 3. 耳栓がはずれやすい 4. 長時間装用による外耳道痛 5. 外耳道と耳栓が正しくフィットしない 6. 装用耳の変更 7. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （交換（修理）する場合）  　　　　　　　　　　　　　　　　　前回支給日（平成/令和　　　年　　　月　　　日）   1. 現在使用のイヤモールドの劣化、硬化 2. 現在使用のイヤモールドの破損、紛失 3. 現在使用のイヤモールドではフィードバック（音もれによる異常発信音）が防止できない 4. 外耳道の形態変化による形状の不適合 5. 使用中のイヤモールドによる皮膚障害 6. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※補聴器の購入（イヤモールド有）又は修理申請の場合、申請書に添付してください。

（修理申請の例：補聴器交付後のイヤモールドの後付け、イヤモールド交付後の交換申請）

※人工内耳の脱落防止用のイヤモールドは、補装具費支給制度の対象外です。なお、人工内耳の装着について、関係機関に照会する場合があります。

（高松市補装具費支給申請）

問合せ先：高松市障がい福祉課　生活支援係（087-839-2333）