

(表)

大田原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所			

1. 聴覚障害の状況及び所見を記載してください。

難聴の種類	ア. 伝音性 イ. 感音性 ウ. 混合性			
難聴の経過	時 期: 頃より	鼓膜所見		
聴 力 検 査	左右の気導・骨導聴力と平均聴力レベルを記入してください。 聴力検査の種類 (COR・遊戯聴力検査・純音・その他:) 平均聴力レベル(4分法) 右: d B 左: d B ※実施困難な場合は、ASSR に よる推定閾値(4分法)を記載し て下さい。 実施日: 年 月 日 右: d B 左: d B			
語音明瞭度	実施の可否 (可・不可) ※可能な場合は、下記に数値を記入してください。			
	最高明瞭度	右 % 左 %	語音聴力レベル	右 % 左 %

2. 必要とする補聴器およびイヤモールドに○をつけてください。

装着耳	軽度・中等度難聴用		高度難聴用		重度難聴用		耳あな型		骨導式	
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型	レディメイト [®]	オーダーメイト [®]	ポケット型	眼鏡型
右										
左										
イヤモールド（ 要 ・ 不要 ）										
<u>重度難聴用補聴器・耳あな型又は骨導式の補聴器・両耳装着</u> については理由を記載してください。										

3. 補聴器が必要な理由及び効果を具体的に記載してください。

(例：言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど)	
上記のとおり意見する。	令和 年 月 日
	病院又は診療所名
	所 在 地
診 療 担 当 科 名	
身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師氏名	印

(裏)

大田原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書作成上の注意点

この意見書は、補聴器の購入費等の助成金を申請する際に必要となりますので、ご面倒でも記入漏れのないようにお願いいたします。記入については以下の点を参照してください。

1. 対象者について

身体障害者手帳交付の対象にならない18歳未満の児童を対象としています。

※身体障害者手帳交付の対象になる場合には、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に基づく支給（補装具費）等を優先するようお取扱ってください。

2. 記載医師について

意見書の記載は、補装具費支給意見書（聴覚障害者用）の記載ができる医師に限ります。

3. 両耳装用について

この事業での難聴児用補聴器は、装用効果の高い側での片側装用が原則ですが、言語発達上又は教育上等において真に必要である場合は両耳の支給が認められることがあります。

4. 補聴器の型について

重度難聴用補聴器（ポケット型・耳かけ型）、耳あな型補聴器及び骨導式（ポケット型・眼鏡型）については当該補聴器でなければならない医学的理由を記載してください。

参考

高度難聴用：JISC5512-2000による90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB未満のもの。90dB最大出力音圧のピーク値が125dB以上に及ぶ場合は、出力制限装置を付けること。

重度難聴用：90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB以上のもの。その他は高度難聴用ポケット型及び高度難聴用耳かけ型に準ずる。