

【記入上の留意事項】

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 補聴器の対象者
 - ◇高度難聴用
両耳とも聴力レベルが原則90 d B未満の者
語音明瞭度50%以下で手帳取得の場合は意見書に語音明瞭度の記載が必要
 - ◇重度難聴用
両耳とも聴力レベルが原則90 d B以上の者
 - ◇骨導式
伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者
 - ◇耳あな型
 - ・ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が身体上、職業上使用できない等、真に必要な者が対象
(例示)
 - 【身体上の理由】
 - ・耳介変形のため、耳かけ型を耳に掛けることができない。
 - 【職業上の理由】
 - ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、耳かけ型ではハウリングが常におきてしまう。
 - ・調理師で、常に油煙・湯気のある場所で働いており、耳かけ型では防水カバーをつける等の対策をたてても故障が多い 等
 - ・耳あなオーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者
- 「医学的所見」欄について
申請する補聴器の目的、効果見込みについて具体的に記載すること。
- 両耳装用処方が必要な場合はその理由および具体的な効果について記入すること。
(補装具費支給対象となる補聴器は原則1種目1個です。両耳装用により2台必要な場合は複数交付と考えますので、教育上・職業上等の理由およびその効果について示すこと。)
- 特例補装具、FM補聴器等が必要な場合は、様式4：特例補装具支給理由書も提出すること。
- イヤモールドの必要の有無は必ず記入すること。