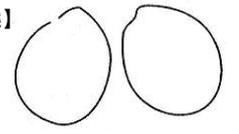


補装具費支給意見書（補聴器用）

氏名			生年月日	年 月 日（歳）	
住所					
障害名				手帳等級	種 級 (聴覚障害の等級)
現症	(dB) 聴力レベル 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 250 500 1000 2000 4000 (Hz)	【聴力レベル（4分法）】 右 _____dB 左 _____dB			
		【語音明瞭度】 ※語音明瞭度での手帳取得の場合にご記載ください。 右 _____% 左 _____%			
		【障害の種類】（該当するものに○） 1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
		【鼓膜の状態】  右 左			
		【人工内耳】（該当するものに○） 1 あり（右・左・両耳） 2 なし			
医学的所見 (補聴効果等)					
補聴器の型 (該当するものに○)	1 高度難聴用ポケット型                      2 高度難聴用耳かけ型 3 重度難聴用ポケット型                      4 重度難聴用耳かけ型 5 耳あな型レディメイド                      6 耳あな型オーダーメイド 7 骨導式ポケット型                              8 骨導式眼鏡型 9 その他 ( )				
装用耳 (該当するものに○)	1 右耳    2 左耳    3 両耳				
イヤモールド (該当するものに○)	1 不要    2 要 ※イヤモールドが必要な理由（該当するものに○） 1 ハウリング防止                      2 脱落防止 3 その他 ( )				
その他 特記事項	耳あな型、骨導式、特例補聴器の処方理由等はこちらにご記載ください。				
上記のとおり診断する。 年 月 日		医療機関名 所在地 指定医師氏名			

裏面の【記入上の留意事項】をお読みください。

## 【記入上の留意事項】

### ●次に掲げる要件に該当する医師が記入すること。

- ①身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師
- ②指定自立支援医療機関の医師
- ③国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具費関係の適合判定医師研修会を修了している医師
- ④（難病患者等に限り）難病法第6条第1項に基づく指定医等

### ●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90dB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90dB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
- ・耳あな型オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等により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るので、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、ベビークロス型補聴器等）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要・不要は必ず記入すること。