難聴児補聴器購入費助成金支給意見書

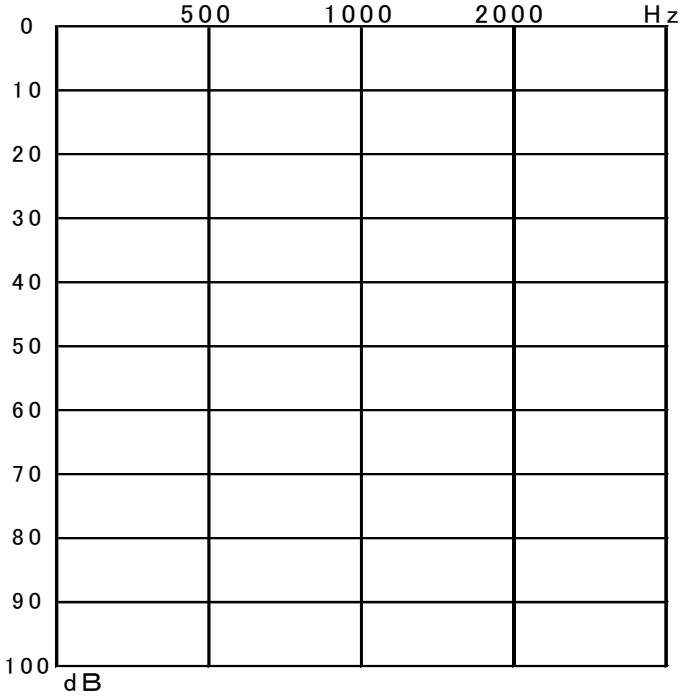
氏　　名		男　・　女	平成・令和　　年　　月　　日生(　　歳)
住　　所	兵庫県		

障害の種類	・伝音難聴　　・混合性難聴 ・感音難聴

聴力※		
	右	dB
	左	dB

※※幼少児においては、実施した自覚的、他覚的聴力検査の結果など、総合的な判断から求められるオージオグラムを記載してください。

オージオグラム（※※）
聴力検査
オージオメーターの形式＿＿＿＿＿＿＿＿



（　　年　　月　　日実施）

気導・骨導聴力をご記入ください。
※　聴力は，500・1,000・2,000Hzの音に対する聴力レベル値を，各々a・b・cとし，(a＋2b＋c)／4により算出してください。

補聴器の装用効果	右	有　・　無
	左	有　・　無
現在までの補聴器装用の有無	右	有　・　無
	左	有　・　無

補聴器の種類（処方）	・基準となる補聴器は耳かけ型です。耳穴型・骨導式の補聴器、ＦＭ補聴システムを必要とする場合は、その種類と必要とする理由、使用効果見込みについて意見を付してください。 ・両耳装用を必要とする場合もその理由及び使用効果見込みについて意見を付してください。

聴力検査を必要とするに至った経緯と補聴器が必要となった理由を記載してください。	耳鼻疾患の有無及び鼓膜の状況

1　意見書の記載は障害者総合支援法第59条第１項の規定による指定医療機関の医師に限る。
2　障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。

上記のとおり意見する。
令和　　年　　月　　日　　所在地
指定自立支援医療機関名
医師氏名　　印