

軽度・中等度難聴児補聴器購入費給付についての意見書

氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日		
経過及び現症	注：下記補聴器を必要と認める理由が明確となるよう記載する。  現在の聴力レベル 右_____dB ・ 左_____dB		
必要とする 補聴器の種類	( 高度難聴用 ・ 重度難聴用 ) ( ) 型補聴器		
※ ここからは、耳あな型、両耳装用を必要とする場合のみ記入			
耳あな型補聴器を 必要とする場合	種類	耳あな型補聴器 ( レディメイド ・ オーダーメイド )	
	耳かけ型・ポケット型補聴器が使用できない理由  オーダーメイド希望の場合、オーダーメイドを必要とする理由		
両耳装用を 必要とする場合	種類		
	両耳装用を必要とする理由 ( 片耳装用では、だめな理由)  両耳装用経験 ( 有 ( 年 月～ 年 月) ・ 無 )		
(あて先) 江南市長 上記のとおり意見を付します。 年 月 日  医療機関名 診療担当科 医師名 印			

- ① 該当するものを○で囲むとともに、そのほか必要事項をご記入ください。
- ② 意見書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師に限ります。
- ③ 給付対象者は、両耳の平均聴力レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付対象とならない方です。
- ④ 装用は原則片耳としますが、両耳装用が必要な場合は必ず理由をお書きください。