

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		生年月日	年 月 日
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 _____ d B ・ 左 _____ d B		
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			

- 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。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

基本的にはポケット型補聴器ですが、教育・生活上必要とするときは、耳かけ型補聴器の支給が可能です。

- 1 耳あな型の対象者は、「ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者」として  
います。  
具体的には、
  - (1) 教育・生活上必要と認められる者
  - (2) (耳の形状等から) 耳かけ型よりも耳あな型の使用が望ましい者
  - (3) オーダーメイドの購入にあっては、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者と、定めておりますので、この視点でご記入ください。
- 2 両耳装用を希望する理由については、純音・語音による検査、単語の了解度テスト、音方向感などに着目して効果が大きいと思われる点をご記入ください。
- 3 骨導式の対象者は、「原則として、伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者、または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤモールドの使用が困難な者」として  
います。