

第2号様式（第5条関係）

知多市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成意見書

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			

聴覚障害の状況、所見等を記載してください。

難聴の 経 過	時 期	頃から	
	原 因		
	現在の 症 状		
現 在 の 聴 力 レ ベ ル	右 d B	左 d B	
補聴器の必要性	右（ ☐ 必要 ☐ 不要 ） 左（ ☐ 必要 ☐ 不要 ）		
補 聴 器 の 種 類	☐ 高度難聴用耳掛け型 ☐ その他 種類 理由 処方における特記事項		
そ の 他 参 考 と な る 意 見			

上記のとおり意見する。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

印

(裏面)

意見書記載に当たっての留意事項

1 意見書の記載は、原則、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定医療機関の耳鼻咽喉科医、又は身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師（耳鼻咽喉科医）が記載してください。

2 軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める18歳未満の児童のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが30dB以上の場合となります。

3 聴力測定は純音オーディオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1,000、2,000ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB値）をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式により算定した数値としてください。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

4 「処方における特記事項」について

両耳装用の場合には、その理由と装用効果等を記載してください。相互装用の指示、イヤモールドの作成、骨伝導補聴器の必要性等はこの欄に記載してください。

5 「その他参考となる意見」について

無線通信機能を持った補聴器が必要な場合には、この欄に記載してください。その場合には、その理由と装用効果等を記載してください。