

様式第2号（第7条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成についての意見書

| | | | |
|---|---|------|--|
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 障 害 名 | | | |
| 経過と 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（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ） | | 左（ <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ） |
| 補聴器の種類 | <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳掛け型 <input type="checkbox"/> その他 種類 _____ 理由 処方における特記事項 | | |
| 装用効果の見込み | | | |
| 上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 | | | |

意見書記載に当たっての留意事項

- 1 意見書の記載は、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等助成の対象は、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

補聴器の左右を記入してください。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。交互装用の指示、イヤーマールドの作成、骨伝導補聴器の必要性などはこの欄に記載してください。