

補装具費支給についての意見書  
(補聴効果用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
障 害 名			
今回必要とする補聴器の名称			
使用目的	1 職業(具体的に) 2 家事 3 その他		
補聴器の装用経験	過去の使用経験 有( 年 月～ 年 月)・無  現在の装用 有(自費購入・総合支援法支給・その他 )・無  現在使用している型  性能上の問題点		
裸耳における聞こえの状態			
補聴器装用による効果(理由も含めて)	1 聴覚障害が2級であって、補聴器を必要とする場合  2 聴覚障害が4級であって、重度難聴用を必要とする場合		
耳あな型補聴器を希望する場合	ポケット型・耳かけ型補聴器が使用できない理由		
両耳装用を希望する場合	両耳装用を必要とする理由・効果		
年 月 日		業 者 名 担 当 者 名	

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。