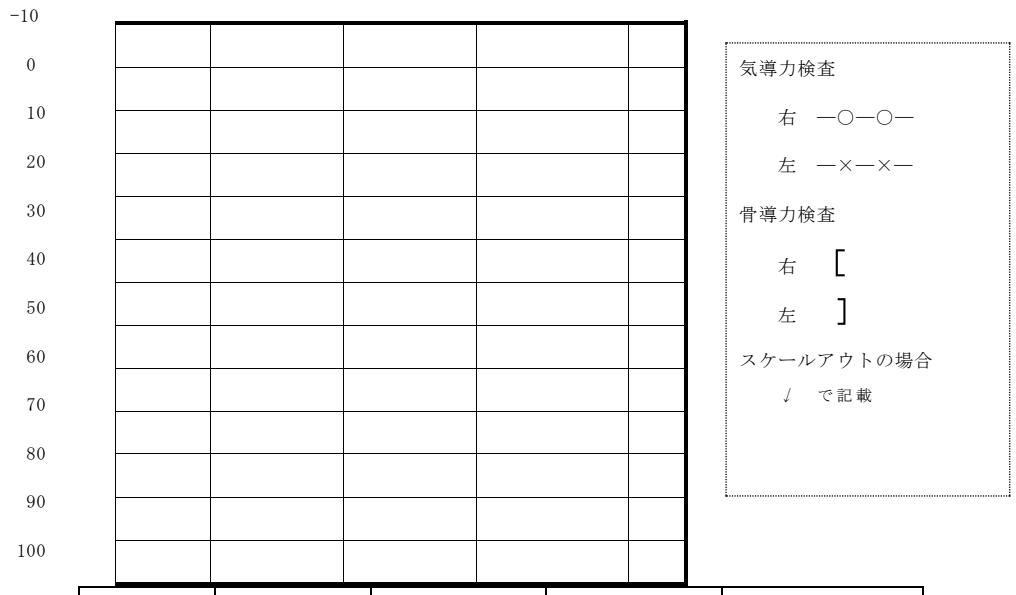
様式６－９　　補装具費支給についての意見書

（ 骨導式補聴器 （ ポケット型 ・ 眼鏡型 ）用）

氏　　名		生年月日	年　月　日生
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 ＊障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当（□する□しない
障害の種類	伝音難聴　・　混合難聴　・　感音難聴		
経過・現症			
聴力検査の結果	オージオメーターの形式		



		５００Hz	１０００Hz	２０００Hz	平均dB
気					
導					
骨					
導					

補聴器の処方	
支給を必要とする理由	

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

診療担当科

医　師　名

※　該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。