


第2号様式（第6条関係）

大府市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成に係る意見書

助成対象児童	住 所	大府市		
	氏 名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
経過と現在の状況				
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"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 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 医師氏名 <div style="text-align: right;">  </div>				

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、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)又は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、身体障がい者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが30デシベル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(デシベル値)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、この欄に記入してください。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。