

昭島市中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成金交付意見書

氏名		年	月	日生(歳)
住所					

※身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

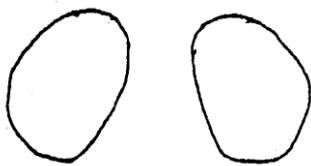
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科）の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類

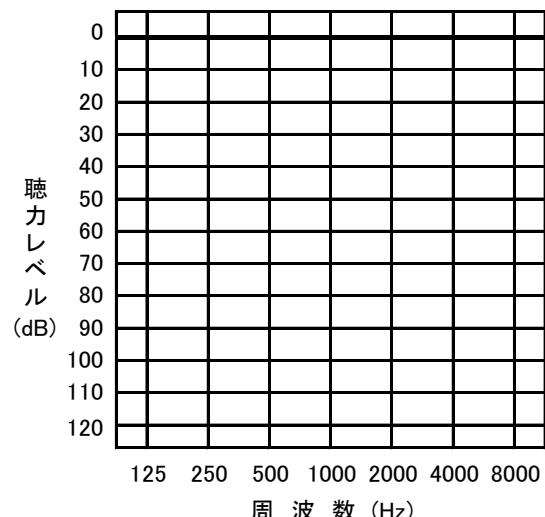
伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %



2 必要とする補聴器等

※該当する部分に○をつけてください。

装用耳	中等度～ 高度難聴用 (聴力レベル 90dB未満)		重度難聴用 (聴力レベル 90dB以上)		耳あな型		骨導式		イヤ モールド	専門的 知識及 び技能 を有す る者に による調 整			補聴システム (FM型及びデジタル方 式)		
	ポケット 型	耳かけ 型	耳かけ 型	ポケット 型	レディ メド'	オーダー ^{レディ}	ポケット 型	眼鏡 型		ワイヤレス マイク	受信 機	オーディ オシャー			
右									要・不要	要・ 不要					
左									要・不要	要・ 不要					

※ 原則は片耳への支給とします。教育上、生活上特に必要があり有効性を認める場合には、両耳への支給が認められる場合があります。

3 補聴器を必要とする理由及び具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）

※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な理由、補聴システムが必要な理由、専門的知識及び技能を有する者による調整が必要な理由等を記入してください。

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関名

所在地・電話

医師名

印