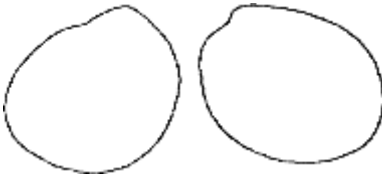


難聴児補聴器購入費等助成交付意見書				
助 成 対 象 児 氏 名		生年月日	年 月 日生(歳)	
住 所	兵庫県			
障 害 の 種 類	・伝音難聴 ・感音難聴 ・混合性難聴		オーディオグラム(※※) 聴力検査 オーディオメーターの形式_____	
聴 力※	右		0 500 1000 2000 Hz dB	
	左			
※※幼児においては、実施した自覚的、他覚的聴力検査の結果など、総合的な判断から求められるオーディオグラムを記載してください。				
補 聴 器 の 装 用 効 果	右	有 ・ 無	(年 月 日実施)	
	左	有 ・ 無		
現在までの補聴器装用の有無	右	有 ・ 無	気導・骨導聴力をご記入ください。 ※ 聴力は、500・1,000・2,000Hzの音に対する聴力レベル値を、各々a・b・cとし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。	
	左	有 ・ 無		
補 聴 器 の 種 類 (処 方)	・基準となる補聴器は耳かけ型です。耳穴型・骨導式の補聴器、補聴システムを必要とする場合は、その種類と必要とする理由、使用効果見込みについて意見を付してください。 ・両耳装用を必要とする場合もその理由及び使用効果見込みについて意見を付してください。			
聴力検査を必要とするに至った経緯と補聴器が必要となった理由を記載してください。			耳鼻疾患の有無及び鼓膜の状況 	
1 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。 2 障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。				
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 指定自立支援医療機関名 医師氏名 (※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。				