

軽度・中等度難聴児の補聴器購入費等助成についての意見書

|  |    |   |   |       |     |
|--|----|---|---|-------|-----|
| 対象児  | 住所 | 豊橋市   |   |       |     |
|  | 氏名 |   | 生年月日  | 年 月 日 |     |
| 障害名  |    |   |   |       |     |
| 経過と現在の症状   |    |   |   |       |     |
| 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"/> 高度難聴用耳掛け型<br><input type="checkbox"/> その他（種類：_____）<br><b>【理由】</b> |   |       |     |
|  |    | ※この制度により助成する補聴器は、原則として高度難聴用耳掛け型です。その他の種類を推奨する場合は、その理由を記入してください。<br><hr/> <b>【処方】</b>        |   |       |     |
| 装用効果の見込み   |    |   |   |       |     |
| 1. 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師に限る。<br>2. 対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める身体障害者手帳の交付対象とならない18歳以下の者（18歳の者にあつては18歳に達した日の属する年度の末日までの者）とする。<br>3. 聴力レベルの測定にあたり、オーディオメータによる検査の実施が困難な場合は、ABR等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。 |    |   |   |       |     |
| 上記のとおり意見する。<br>年 月 日<br><br>所在地<br>医療機関名<br>医師名  |    |   |   |       |     |