

様式第2号（第5条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

| | | | |
|---|---|-----|--------|
| 氏名 | | 男・女 | 年 月 日生 |
| 難聴の原因となった疾病名 | 発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 | | |
| 経過及び現象 | 注：補聴器を必要とする理由が明確となるよう記載してください。 現在の聴力レベル 右 d B ・ 左 d B | | |
| 必要とする補聴器の種類 | () 型補聴器 | | |
| ※ここからは、両耳装用を必要とする場合のみ記入 | | | |
| 両耳装用を必要とする場合 | 両耳装用を必要とする理由（片耳装用では、十分な効果が得られない理由） 両耳装用経験（有（ 年 月～ 年 月）・無 ） （ 自費 ・ その他 ） | | |
| 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、必要事項をご記入ください。

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、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耳鼻咽喉科医、または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）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、身体障害者手帳の交付対象とならない両耳とも聴力レベルが30dB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（dB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。

$$a+2b+c/4$$