

北中城村軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書

フリガナ 氏 名	性別 男・女	生年 月 日	年 月 日 () 歳
住 所	障害名		
病 歴	原 因 傷病名		
障害・疾患等の状況	標準純音聴力検査の結果 聴力レベル(4分法)	オーディオメーターの型式 検者()	
	右 dB 左 dB		
	最高語音明瞭度		
	右 % (dB) 左 % (dB)		
	鼓膜所見		
今回の検査結果は 聴覚障害()級相当・非該当	気導 右: ○ 左: × 骨導 右: [左:]		
種類・型・装用耳 該当する項目にチェックを入れ、必要な事項を記載してください。	軽度・中等	<input type="checkbox"/> ポケット型(右・左)	<input type="checkbox"/> 耳かけ型(右・左)
		: <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド(右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド(右・左)	
	度難聴用	<input type="checkbox"/> 耳かけ型FM型	
	高度難聴用:	<input type="checkbox"/> ポケット型(右・左)	<input type="checkbox"/> 耳かけ型(右・左)
	: <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド(右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド(右・左)		
	: <input type="checkbox"/> 耳かけ型FM型		
重度難聴用:	<input type="checkbox"/> ポケット型(右・左)	<input type="checkbox"/> 耳かけ型(右・左)	
骨 導 式:	<input type="checkbox"/> ポケット型(右・左)	<input type="checkbox"/> 眼鏡型(右・左)	
	そ の 他: <input type="checkbox"/> イヤモールド(右・左)		
	【注】 耳あな型及びオーダーメイドの対象者は以下の理由に限ります。 ● 耳あな型は、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難で、真に必要な者 ● オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等のため、レディメイドでは対応不可能な者 【注】 骨導式の対象は以下の理由に限ります。 ● 伝音難聴で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、且つ、耳栓やイヤモールドの使用が困難な者 【両耳装用、耳かけ型、耳あな型、FM型を必要とする理由など】		
備考(※)	処方補聴器		
使用効果の見込			
上記のとおり意見、処方する。	所在地		
年 月 日	医療機関名		印
	医師名		印

【記載に当たっての注意事項】

- 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師に限る。
- 対象は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上で身体障害者手帳の交付の対象とならない児童で、補聴器を装用することにより、言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断する児童。

様式第1号(第6条関係)

北中城村軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

申請日 年 月 日

北 中 城 村 長 様

(申請者)

住 所

氏 名

対象児童との続柄 ()

電 話

下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の交付申請をします。

補聴器購入費等助成の交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象児童	住 所	〒			
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年	月	日	電 話
購入・修理を受ける補聴器の種類					
希望する業者名	名 称				
	所在地				
	電 話		FAX		
備 考					