様式第3号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(3歳以上) | | | | | |
| 氏名 |  | | 男　・　女 | | 年　　月　　日生(　　歳) |
| 住所 |  | | 就学(予定)先  (学校名・学級区分等) | |  |
| 就学(予定)時期 | | 年　　　月～ |
| 障害の種類 | ・伝音性難聴　　・混合性難聴  　・感音性難聴 | | オージオグラム  　聴力検査  　　オージオメーターの型式    　※　気導・骨導聴力を御記入ください。  　※　聴力は、500・1,000・2,000周波数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。 | | |
| 聴力※ | 右 | dB |
|
| 左 | dB |
|
| 補聴器装用効果 | 右 | 有　・　無 |
|
| 左 | 有　・　無 |
|
| 補聴器の種類等  (処方) | 1　補聴器  (1)　補聴器の種類  　○耳かけ型  　　　重度難聴用　　　　　(右・左)  　　　高度難聴用　　　　　(右・左)  　　　軽度・中等度難聴用　(右・左)  　○ポケット型  　　　重度難聴用　　　　　(右・左)  　　　高度難聴用　　　　　(右・左)  　　　軽度・中等度難聴用　(右・左)    　・イヤモールド　　　　　(要・否)  　○耳あな型(ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ)　　(右・左)  　　　〃　　(ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ)　　(右・左)  　○骨導式　(ポケット型) (右・左)  　　 〃 　(眼鏡型)　　 (右・左)    　　その他(　　　　　　　　)  (2)　現在までの補聴器装用の有無  　　右　(有　・　無)  　　左　(有　・　無)  (3)　使用効果見込み | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 補聴器の種類等  (処方) | 2　補聴援助システム  (1)種類  　・ＦＭ電波方式  　・デジタル電波方式  　・その他(　　　　　　　　　)  (2)システム機器  　・送信機　　　　　　(要・否)  　・受信機　　　　　　(要・否)  　・オーディオシュー　(要・否)  (3)現在までの補聴援助システム使用の有無  (有　・　無)  (4)使用効果見込み  3　概算額 | | | | |
| 現在までの障害の状況(治療の内容、期間、経過)・意見を御記入ください。 | | | | 耳鼻疾患の有無及び障害の状況 | |
| 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自立支援医療機関の医師に限る。  2　難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育及び生活上等真に必要と認めた場合は2台交付することができる。  3　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　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |