様式第２（第８条関係）

稲沢市軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成についての意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | |
| 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　　　　　　　　　　ｄＢ | | 左　　　　　　　　　　ｄＢ | |
| 補聴器の必要性 | 右（ □必要　　□不要 ）　　　左（ □必要　　□不要 ） | | | |
| 補聴器の種類 | □ 高度難聴用耳掛け型  □ その他　種類  理由  処方における特記事項 | | | |
| その他参考となる意見 |  | | | |
| 上記のとおり意見する。  　　年　　月　　日  所在地  医療機関名  医師名 | | | | |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。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又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ジ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 |

4　「処方における特記事項」について

補聴器の左右を記入してください。両耳装用の場合には、その理由と装用効果等を記載してください。交互装用の指示、イヤモールドの作成、骨伝導補聴器の必要性などはこの欄に記載してください。

5　「その他参考となる意見」について

無線通信機能を持った補聴器が必要な場合には、この欄に記入してください。その場合には、その理由と装用効果等を記載してください。