

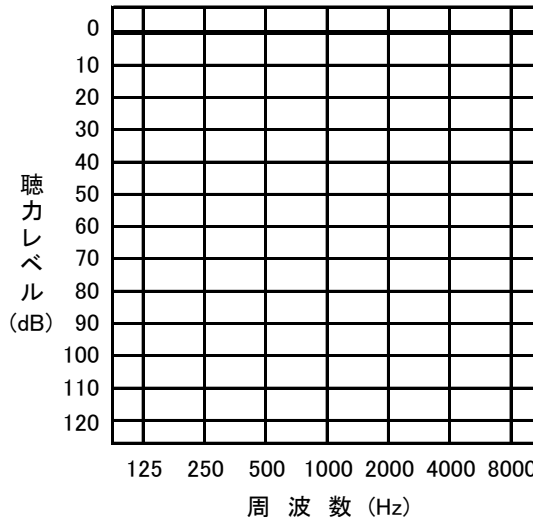
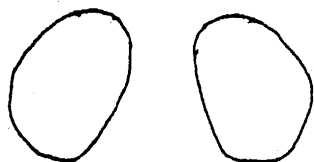
氏名	男・女	年 月 日生 (歳)
住所	区・郡 町 村	丁目 番 号 (方)

※身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、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（耳鼻咽喉科）の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

- (1) 難聴の種類
伝音難聴・感音難聴・混合難聴
- (2) 鼓膜の状況
- (3) 聴力レベルと語音明瞭度
- (4) オーディオグラム（別紙可） ※検査可能な場合は検査法（ ） 骨導値記入



	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 必要とする補聴器等

※該当する部分に○をつけてください。

装用耳	中等度～高度難聴用 (聴力レベル 90dB 未満)		重度難聴用 (聴力レベル 90dB 以上)		耳あな型		骨導式		イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整	補聴システム (FM型・デジタル方式)		
	ポケット型	耳かけ型	耳かけ型	ポケット型	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			ワイヤレスマイク	受信機	オーディオチューナー
右									要・不要	要・不要			
左									要・不要	要・不要			

※原則は片耳への支給とします。教育上、生活上特に必要があり有効性を認める場合には、両耳への支給が認められる場合があります。

3 補聴器等を必要とする理由及び具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）

※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な理由、補聴システムが必要な理由等を御記入ください。

上記のとおり意見する。

年 月 日 医療機関名
所在地・電話
医師名