様式第2号

難聴児補聴器購入等助成意見書

助成対象児氏名		男 ・ 女	年 月 日生 歳
住 所		原因疾病，外傷名	

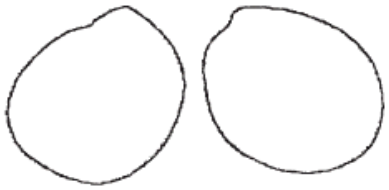
医学的所見

①聴覚障害の種類

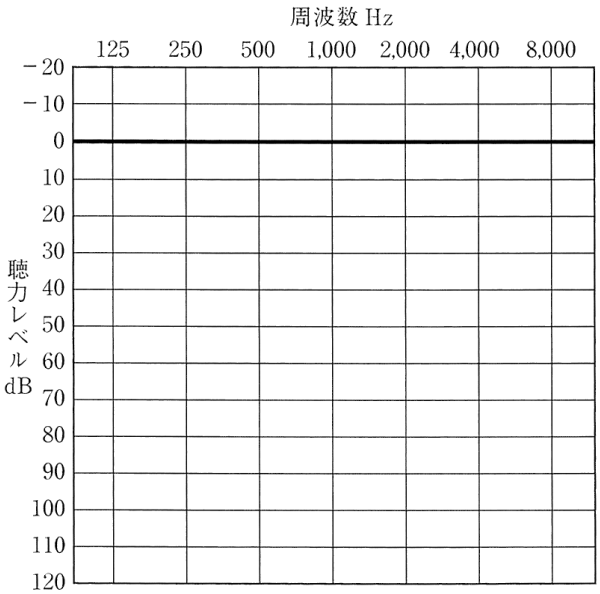
□伝音難聴 □感音難聴 □混合難聴

②鼓膜所見

右 左



③オージオグラム



④音声・言語機能障害の状況及び所見

⑤障害者総合支援法の対象疾病である難病等

□該当している→補装具費の支給制度に該当する場合があります。

□該当していない

□ 平均聴力（4分法）

右 dB 左 dB

補聴器の処方

補聴器の装用耳	□右耳 □左耳 □両耳 **（教育・生活上両耳装用が特に必要な場合のみ）** 両耳装用を必要とする理由
ｲﾔﾓｰﾙﾄﾞ □要・□否	□ハウリング防止 □安定した装着状態の獲得 □ハウリングした際，本人気付かない
□ポケット型	
□耳かけ型	
□耳あな型（ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ） □耳あな型(ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ)	耳あな型でなければならない理由 **（耳介奇形等、身体上の必要性以外は認めません）**
□骨導式ポケット型 □骨導式眼鏡型	骨導式を処方する理由
□FM補聴システム	□FM受信機 （ 右 ・ 左 ・ 両耳 ） □FM型用ワイヤレスマイク □オーディオシュー （ 右 ・ 左 ・ 両耳 ） FM補聴システムを処方する理由

《特記事項》

以上のとおり診断し，補聴器装用の必要性を認めます。

年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 名 ※ 印

※指定自立支援医療機関の指定医師、または身体障害者手帳の指定医師に限ります。

（注）・意見書の記載は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自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師に限る。

・補聴器は，装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし，教育・生活上特に必要と認められる場合のみ，両耳装用とする。

・対象は，両耳の聴力レベルが30dB以上で，身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。

・補装具費の支給制度への該当に関しては、仙台市障害者総合支援センターへお問い合わせください。