

補聴器費支給意見書（書面判定用）

本人	氏名			性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）					
	住所						電話番号					
障がい名							等 級	種 級				
現 症	聴 力 レ ベ ル	オーディオグラム（気導・骨導検査を記入のこと）					会話音域平均聴力レベル（4分法） <table border="0"> <tr> <td>右</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> </table>		右	dB	左	dB
		右	dB									
		左	dB									
							語音明瞭度： 右 %（ dB） [裸耳] 左 %（ dB）					
					鼓 膜 所 見							
	右耳	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴										
	左耳	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴										
補聴効果について		語音明瞭度[補聴器使用]: 右 %（ dB）・左 %（ dB）										
処 方 (必要なものに○を付ける)	装用	1 右耳 2 左耳 3 両耳（特記事項欄に必要な理由を記載）										
	適応	1 高度難聴用 2 重度難聴用（特記事項欄に理由を記載）										
	イヤモールド		要（特記事項欄に必要な理由を記載）					不要				
特記事項												

上 記 の と お り 診 断 す る。

医療機関の住所
電話

令和 年 月 日

医療機関の名称
15条指定医師名

印

※「特記事項」欄には①両耳装用が必要な理由 ②重度難聴用が必要な理由 ③イヤモールドが必要な理由 ④骨導式が必要な理由等について記載してください。

なお、障害者自立支援法に基づく支給基準は次のとおりです。

・支給数は原則として1個です。

・イヤモールドの対象者は、既製の耳栓ではハウリングが起こる者です。

・骨導式補聴器の対象者は、伝音性難聴であって耳漏が著しい者、または外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓やイヤモールドの使用が困難な者となっています。

※状況により、本人に身体障害者相談センターへ来所していただく場合があります。

※問い合わせ先：宮崎県身体障害者相談センター（TEL 0985-29-2556）