

中等度難聴者補聴器購入費給付についての意見書

住 所			
氏 名		生年月日	
障害名及び原因 となった疾病・ 外傷名			
経過及び 現在の症状	※下記補聴器を必要とする理由が明確となるよう記載してください。		
聴力レベル	右	d B	左
補聴器の名称	□ 高度難聴用耳かけ型 □ 耳あな型補聴器（ □ オーダーメイド □ レディメイド ） （ ※ 耳かけ型を使用できない理由 ※ オーダーメイドを必要とする場合、その理由 ） □ その他 （ ）型補聴器 （ ※ 耳かけ型を使用できない理由 及び 当該補聴器を必要とする理由 ）		
処方における 特記事項	□ 右耳のみ装用 □ 左耳のみ装用 □ 交互装用 □ 両耳装用 （ ※ 両耳装用を必要とする理由 及び 装用効果等 ）		
参考意見			
（宛先）小牧市長 年 月 日 上記のとおり意見する。 所 在 地 医療機関名 医 師 名			

裏面「留意事項」をお読みの上、記載していただくようお願いいたします。

意見書記載に当たっての留意事項

1 意見書を作成していただける医師について

意見書を作成していただける医師は、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、また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)に限ります。

2 給付対象者について

給付対象者は、以下の条件をすべて満たす方です。

- ① 小牧市内に住所を有する18歳以上の方
- ② 両耳の聴力レベルが40dB以上であって身体障害者手帳の交付対象と
ならない方
- ③ 生活保護受給世帯または市民税非課税世帯に属する方
- ④ 補聴器の装用が必要と医師に判断された方

3 聴力の測定方法について

聴力測定は純音オーディ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。

$$\frac{a+2b+c}{4}$$

4 「処方における特記事項」について

装用する補聴器の左右を記入してください。

なお、給付対象となる補聴器は原則として装用効果の高い側の片耳装用としますが、生活上において両耳装用が真に必要と認められる場合は、その理由と装用効果等を記載してください。