

第2号様式（第5条関係）

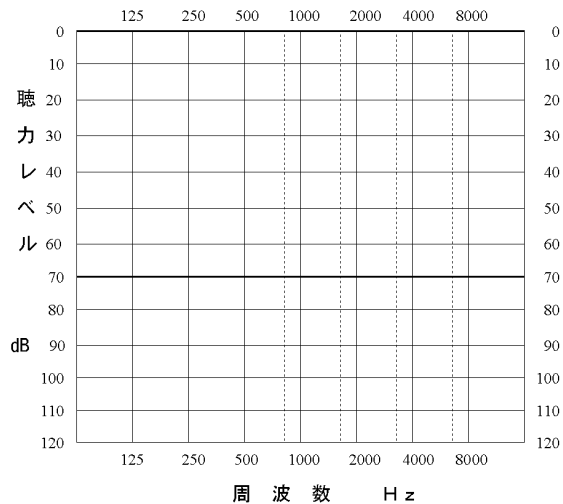
上尾市難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（軽度・中等度難聴児用）

氏名		年 月 日生（ 歳 ）
住所	埼玉県上尾市	
疾病名		

1 難聴の状況及び所見

①難聴の種類（該当欄に○をつけてください）

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		



②鼓膜所見・その他

③聴力検査の結果

聴力（平均聴力レベル）

右	d B
左	d B

話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm 離れて	了	非	了	非

最良語音明瞭度（ % ）

2 必要と認める補聴器

（該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください）

種類	右	左	使用効果見込み・適応理由*
軽度・中等度難聴用 ポケット型			
軽度・中等度難聴用 耳掛け型			
高度難聴用 ポケット型			
高度難聴用 耳掛け型			
重度難聴用 ポケット型			
重度難聴用 耳掛け型			
イヤーマールド			
FM等機器（受信機、ワイヤレスマイク、オーディオチュー）			

（注）①両耳装用を必要とする場合

②耳穴型・骨導式の補聴器を適応する場合

③FM等機器を必要とする場合

上記①②③の場合には、その理由を明記し、比較検査結果を添付してください。  
その他の場合は使用効果見込みについて意見を付してください。

上記のとおり補聴器の支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
診療担当科  
指定医師名

※ 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師及び市長が当該医師と同等の知見を有すると認めた医師の意見書

（聴覚障害で身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度難聴の場合にご記入ください。）