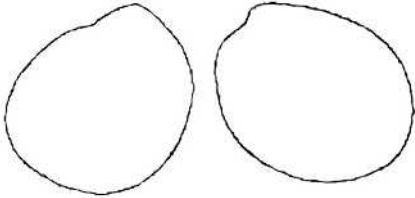


難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（3歳以上）				
氏 名			男 ・ 女	H 年 月 日生（ 歳）
住 所				
障害の種類	・ 伝音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ 感音性難聴		オーディオグラム 聴力検査 オーディオメーターの型式_____	
聴 力※	右	dB		
	左	dB		
補聴器装用効果	右	有 ・ 無		
	左	有 ・ 無		
補聴器の種類 (処 方)	1. 補聴器の種類 耳 掛 け 型 ├ 重度難聴用 (右・左) ├ 高度難聴用 (右・左) ├ 中等度難聴用 (右・左) └ 軽度難聴用 (右・左) イヤモールド (要・否) 骨 導 式 そ の 他 ()			
	2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 3. 使用効果見込み 4. 概算額			
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。			耳鼻疾患の有無及び障害の状況 	
1 意見書の記載は障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。 2 障害者の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は2台交付することができる。 3 障害者自立支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。				
上記のとおり意見する。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名指定自立支援医療機関名 医師氏名 印				