第２号様式（第５条関係）

軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成についての意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">対象児</td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">経過と現在の症状</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">現在の聴力レベル</td><td colspan="3">右：　　ｄＢ　　左：　　ｄＢ</td></tr>
<tr><td colspan="2">補聴器の必要性</td><td colspan="3">右（□必要　　□不要）　　左（□必要　　□不要）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">補聴器の種類</td><td colspan="3">□高度難聴用耳掛け型
□その他　（種類：　　）
【理由】

※この制度により助成する補聴器は、原則として高度難聴用耳掛け型です。その他の種類を推奨する場合は、その理由を記入してください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">【処方】</td></tr>
<tr><td colspan="2">装用効果の見込み</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

１　意見書の記載は、身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師に限る。

２　対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める身体障害者手帳の交付対象とならない１８歳以下の者（１８歳の者にあっては１８歳に達した日の属する年度の末日までの者）とする。

３　聴力レベルの測定にあたり、オージオメータによる検査の実施が困難な場合は、ＡＢＲ等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施するものとする。

上記のとおり意見する。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医　師　名　　㊞