

補装具費支給についての意見書
(補聴器用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	<div style="text-align:right;"> 発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 </div> *障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)		
経過及び現症	注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。 現在の聴力レベル 右 d B ・ 左 d B		
必要とする 補聴器の種類	右・左 (高度難聴用 ・ 重度難聴用) () 型補聴器		
※ ここからは、耳あな型、両耳装用を必要とする場合のみ記入			
耳あな型補聴器を 必要とする場合	種 類	耳あな型補聴器 (レディメイド ・ オーダーメイド) 耳かけ型・ポケット型補聴器が使用できない理由 オーダーメイド希望の場合、オーダーメイドを必要とする理由	
両耳装用を 必要とする場合	種 類	両耳装用を必要とする理由 (片耳装用では不十分な理由) 両耳装用経験 (有 (年 月 ~ 年 月) ・ 無) (総合支援法 ・ 自費 ・ その他)	
上記のとおり診断する。 年 月 日 <div style="text-align:right;"> 医療機関名 診療担当科 医 師 名 </div>			

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

障害者総合支援法による支給は、基本的にはポケット型にかかる補装具費ですが、教育上、職業上必要とするときは、耳かけ型にかかる補装具費の支給が可能です。

1 耳あな型の対象者は、「ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者」として
います。

具体的には、

- (1) 教育上、職業上必要と認められる者
- (2) (耳の形状等から) 耳かけ型よりも耳あな型の使用が望ましい者
- (3) 原則として聴覚機能障害4級及び6級の者
- (4) オーダーメイドの購入にあっては、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者と、定めておりますので、この視点でご記入ください。

2 両耳装用を希望する理由については、純音・語音による検査、単語の了解度テスト、音方向感などに着目して効果が大きいと思われる点をご記入ください。

3 骨導式を希望される場合は、様式6-9を使用してください。

なお、骨導式の対象者は、「原則として、伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者、または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤモールドの使用が困難な者」として
います。