

様式第 2（第 5 条関係）

江南市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る意見書

氏 名		生年月日	年 月 日
難聴の原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日		
経過と現在の 状況			
現在の聴覚 レベル	右 dB 左 dB	検査日	年 月 日
補聴器の必要性	☐ 必要 (☐ 右耳 ☐ 左耳)		
処方における 特記事項			
(あて先) 江南市長 上記のとおり意見します。 年 月 日 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名			

①該当するものを☑するとともに、そのほか必要事項をご記入ください。

②意見書の記載は身体障害者福祉法第 15 条に規定する指定医師に限ります。

③補聴器助成の対象者は、医師が補聴器装用の必要性を認める 65 歳以上の高齢者のうち、両耳の聴覚レベルが 30 dB 以上 70 dB 未満又は一側耳の聴力レベルが 70 dB 以上で他側耳の聴力レベルが 30 dB 以上 70 dB 未満で、身体障害者手帳の交付対象とならない方です。

④聴力測定は純音オーディオメーター検査により、聴覚レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数 500, 1000, 2000 ヘルツの純音に対する聴力レベル（デシベル値）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

⑤「処方における特記事項」について、補聴器の左右を記入してください。