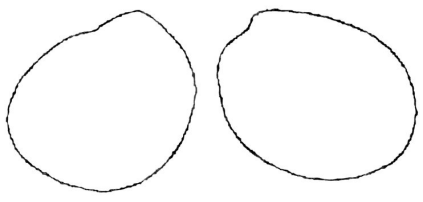
難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（６歳未満）

氏　　名		性別	男・女	生年月日	年　　月　　日生（　　歳）
住　　所					

障がいの種類	・　伝音性難聴 ・　混合性難聴 ・　感音性難聴	
補聴器の装用効果	右	有　・　無
	左	有　・　無
補聴器の種類 （処　　方）	１　補聴器の種類 重度難聴用 高度難聴用 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他の型式 （　　） 理由 装用耳　（右　・　左　・　両） イヤーモールド（要　・　不要） ２　現在までの補聴器装用の有無 右　（　有　・　無　） 左　（　有　・　無　）	
現在までの障がいの状況（治療の内容、期間、経過）・意見を記入してください。		
耳鼻疾患の有無 及び障がいの状況		

ＡＢＲ・ＡＳＳＲ閾値

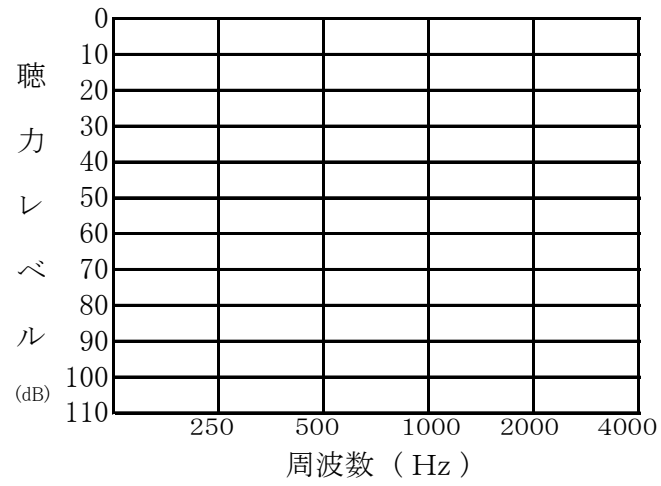
（　　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　ｄＢ、左　　ｄＢ

（　　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　ｄＢ、左　　ｄＢ

（　　年　月　日ＡＢＲ・ＡＳＳＲ）右　　ｄＢ、左　　ｄＢ

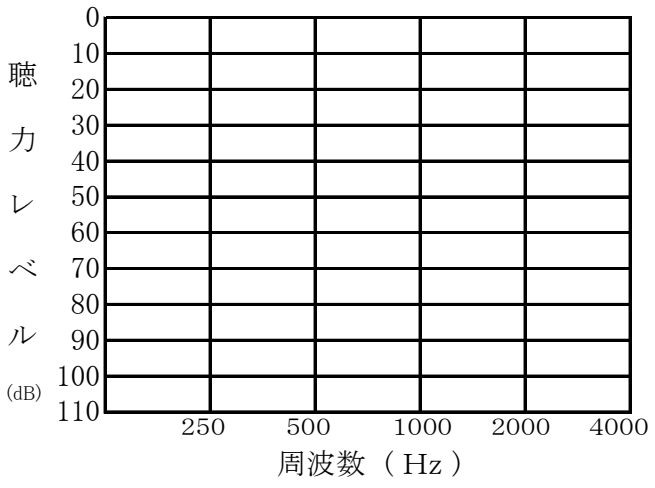
ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　　年　月　日実施）

右　　ｄＢ、左　　ｄＢ



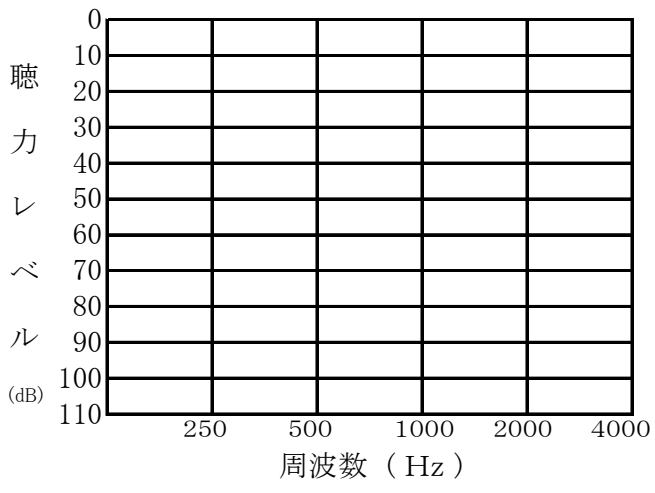
ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　　年　月　日実施）

右　　ｄＢ、左　　ｄＢ



ＣＯＲ・ＰＬＡＹ・標準純音（　　年　月　日実施）

右　　ｄＢ、左　　ｄＢ



１　意見書の記載は身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第１５条第１項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。

２　障害者総合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。

年　　月　　日

所 在 地

医療機関名

医師氏名（署名）

※意見書を作成する上での留意点については、裏面をご覧ください。

（裏面）

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

補聴器の種類（処方）

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

・重度難聴用：９０ｄＢ以上の難聴に対応できる補聴器

・高度難聴用：７０ｄＢ以上の難聴に対応できる補聴器

・軽・中等度難聴用：４０～７０ｄＢの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

ポケット（箱）型、耳かけ型、耳あな型

・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記入してください。

（参考）　支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者
耳あな型	ポケット（箱）型及び耳掛け型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者

イヤモールド

・既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

（１）中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入してください。

（２）その他、留意すべき事項もこの欄に記入してください。

検査結果

（１）補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。

（２）ＡＢＲ・ＡＳＳＲ閾値の検査は必須ではありません。

（３）ＡＳＳＲ閾値は、周波数 500、1,000、2,000、4,000Hz の音に対する値を、各々a・b・c とし、(a＋2b＋c)／4 により算出してください。

（４）検査結果は検査方法に〇を、直近３回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。

（５）３回の検査の間隔は、最低でも１か月空けてください。