

補装具費支給意見書

（聴覚障害用）

氏 名	大正・昭和 年 月 日生（ 歳） 平成・令和	
住 所		
身 障 手帳の 障害名	（ 級）	

1 聴覚障害の状況及び所見

①難聴の種類（該当欄に○をつけてください）

	右	左
伝音性難聴		
感音性難聴		
混合性難聴		

②鼓膜所見・その他

③聴力検査の結果

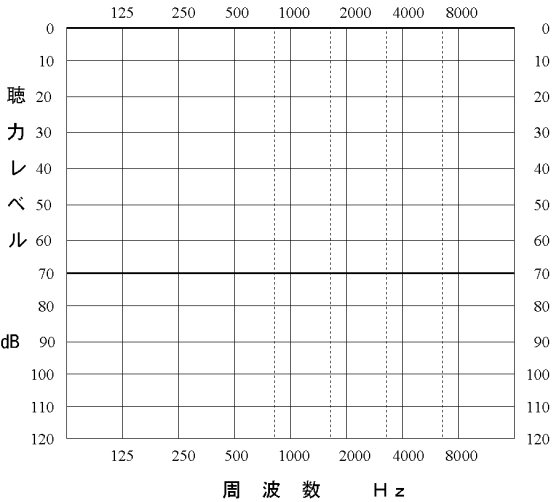
☐ 聴力（平均聴力レベル）

右	d B
左	d B

☐ 最良語音明瞭度（ %）

☐ 話言葉による了解度

		右		左	
大声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	耳介に接して	了	非	了	非
話声	40cm 離れて	了	非	了	非



2 必要と認める補装具（該当欄に○をつけ、使用効果等を記入してください）

名 称		右	左	使用効果見込・適応理由 *
補聴器	高度難聴用 ポケット型			
	高度難聴用 耳かけ型			
	重度難聴用 ポケット型			
	重度難聴用 耳かけ型			
イヤモールド				

* 障害者総合支援法による補聴器の補装具費支給には、一定の条件があります。
①両耳装用を必要とする場合
②装用耳 9 0 d B 未満で重度難聴用を適応する場合
③耳あな型・骨導式の補聴器、補聴システム等を適応する場合
上記①②③の場合には、その理由を明記してください。
また、必要に応じて比較検査結果を添付してください。

上記のとおり障害者総合支援法による補装具費支給について、意見を付します。

年 月 日

医療機関名
所 在 地
診療担当科
指定医師名

【更生相談所記入欄】	令和 年 月 日
適 ・ 否（ ）	審査医