

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	埼玉県		
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

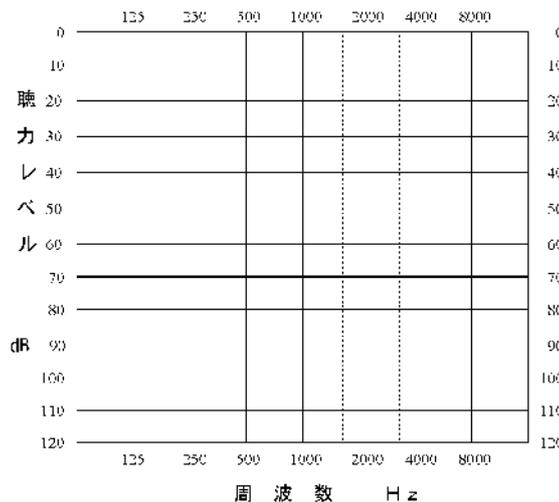
聴力 (平均聴力レベル)

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90dB未満で重度難聴用を適応する場合
 - ③耳あな型・骨導式・FM型等の補聴器を適応する場合
- 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