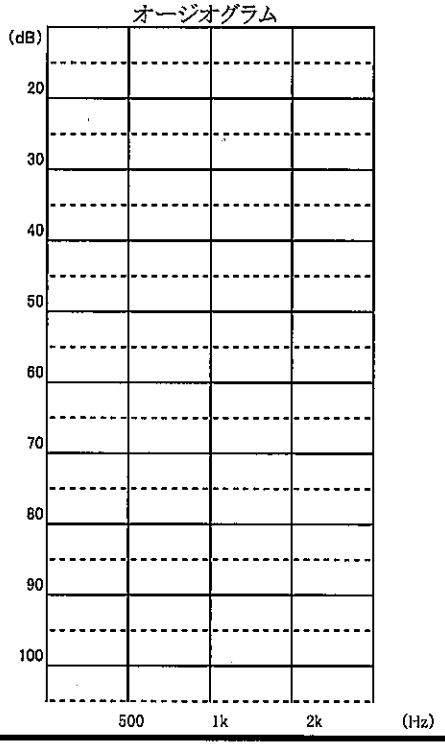
補装具費支給意見書(補聴器)

住 所	
氏 名	年　月　日生(　歳)
障害名	
現 症	

オージオグラム



(記号)

	右	左
気 導	○—○	×—×
骨 導	[	]

(気導、骨導聴力を必ず記載すること)

○聴力レベル
(会話領域気導平均)

右	dB
左	dB

○語音明瞭度検査

右	%
左	%

【補聴器】

1. 高度難聴用		:	ポケット型	耳かけ型
2. 重度難聴用	△	:	ポケット型	耳かけ型
3. 耳あな型	◆	:	レディーメイド	オーダーメイド
4. 骨導式	◎	:	ポケット型	眼鏡型

【装 用】　右耳　：左耳
両耳の場合必要な理由
(　　)

【イヤモールド】　要　：不要
必要な理由 (　　)

その他の所見　・耳あな型の必要理由、耳あな型オーダーメイドの必要理由、骨導式の必要理由は具体的に記入すること

上記のとおり意見します。
年　月　日

診療機関名
診 療 科
医 師 名

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医で聴覚障害の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。

△ 障害等級4級で、装用耳85dB以上、反対側耳90dB以上の場合、重度難聴用補聴器の支給可能。

◆耳あな型は、ポケット型および耳かけ型の使用が困難で、真に必要なものであること。オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能なものに限ること。

◎骨導式は、伝音性難聴者であって、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。