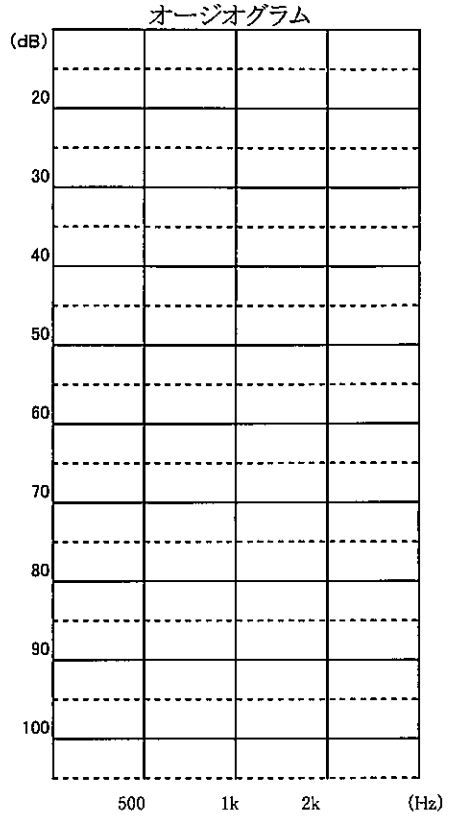
補装具費支給意見書(補聴システム)

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

(　　)

【補聴システム】	【受信機装用】
1. 重度難聴用　補聴システム一式 2. 人工内耳用　補聴システム一式 3. その他	右耳 : 左耳

理由 : ①補聴システムの必要な理由を記載してください。

②受信機両耳必要な場合は、その理由を記載してください。

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、18歳以上の者については、身体障害者福祉法第15条に定める指定医師で聴覚障害の指定を受けている者、又は障害者総合支援法第59条に定める自立支援医療を主として担当する医師が作成すること。18歳未満の者については、指定自立支援医療機関又は保健所の医師が作成すること。

※原則として、補聴システムは重度難聴(2級3級)の方を対象としており、受信機、送信機とも1個の支給である。
また、補聴システムは、職業的教育的に真に必要な場合に限られる。

※補聴システム一式とは、送信機(マイク)、受信機を含む。