補装具費支給意見書（補聴器）

氏　名		男 ・ 女	年　月　日生　歳
住　所		原因疾病，外傷名	※難病患者等の場合は障害者総合支援法に規定されている疾患名を記載
経過・現症			

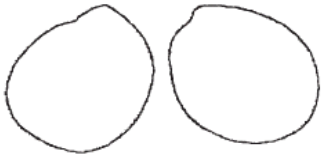
障害の状況

①聴覚障害の種類

□伝音難聴　□感音難聴　□混合難聴

②鼓膜所見

右　　左

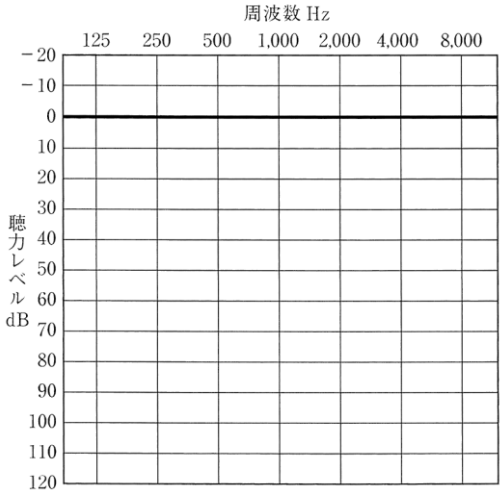


④語音明瞭度

右　　%(　　dB)

左　　%(　　dB)

③オージオグラム



（1）平均聴力（4分法）

右　　dB　左　　dB

（2）補聴効果　右 有・無　左 有・無

補聴器の処方

補聴器の装用耳 ※原則として片側支給	□右耳　□左耳　□両耳 両耳装用を必要とする理由
イヤモールド □要・□否	□ハウリング防止 □安定した装着状態の獲得 □その他（　　）□ ※人工内耳の脱落防止用のイヤモールドは補装具費支給制度の対象外です。
□高度難聴用ポケット型 □重度難聴用ポケット型	
□高度難聴用耳かけ型 □重度難聴用耳かけ型	
□耳あな型（ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ） □耳あな型(ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ)	耳あな型、またオーダーメイドでなければならない理由（耳介奇形等，身体上の必要性以外は原則認めません）
□骨導式ポケット型 □骨導式眼鏡型	骨導式を処方する理由
□補聴システム	□受信機（右・左・両耳） □ワイヤレスマイク　□オーディオシュー（右・左・両耳） □その他 補聴システムを処方する理由

支給基準額を超過する補聴器等が最も適合する場合は、補聴効果の差等必要性を記載

購入を勧める補聴器がデジタル式補聴器で、認定補聴器技能者又は言語聴覚士の調整の必要性の有無

□有　　□無

以上のとおり診断し，補聴器装用の必要性を認めます。

年　　月　　日

医 療 機 関 名

医 師 名 ※

※指定自立支援医療機関の指定医師，または身体障害者手帳の指定医師に限ります。

（注）・意見書の記載は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師に限ります。
・補聴器は，装用効果の高い側の耳に一具支給を原則とし，教育・就労上特に必要と認められる場合のみ，両耳支給としています。
・補装具費支給の申請があっても，その必要性が認められない場合，支給に至らないことがあります。
・支給基準額の決定の場合，支給額に差額を自己負担することで，希望の補聴器を購入することは問題ありません。ただし，特例補装具費支給の場合は，それ以外のものの購入は認められていません。

宮城県リハビリテーション支援センター ・ ウェルポートせんだい