

様式第2（第6条関係）

知立市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る意見書

助成対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
難聴の原因となつた疾病・外傷名		発生年月日	年 月 日	
		最終診察日	年 月 日	
経過と現在の症状				
現在の聴力レベル	右	d B	左	d B
	検査日 年 月 日			
補聴器の必要性	<input type="checkbox"/> 必要（ <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 ） <input type="checkbox"/> 不要			
処方における特記事項	右（型式： ） 左（型式： ） その他 [ ]			
その他参考となる意見				
助成対象要件の確認	※ 該当する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 対象者は聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象外の聴力である。 <input type="checkbox"/> 対象者には補聴器の装用（既に装用している場合には買い替え）が有用である。			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名				

※裏面の留意事項をご確認ください。

## 意見書記載に当たっての留意事項

- 1 意見書は、耳鼻咽喉科専門医又は身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が記載してください。
- 2 難聴高齢者の補聴器購入費の助成対象は、医師が補聴器装用の必要性を認める65歳以上の高齢者のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない方で、両耳とも聴力レベルが30デシベル以上の方です。
- 3 聴力測定は、純音オーディオメーター検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500ヘルツ、1,000ヘルツ、2,000ヘルツの純音に対する聴力レベル（デシベル値）をそれぞれ a、b、c とした場合、次の算式により算定した数値としてください。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

- 4 「処方における特記事項」について、補聴器の左右と型式を記入してください。