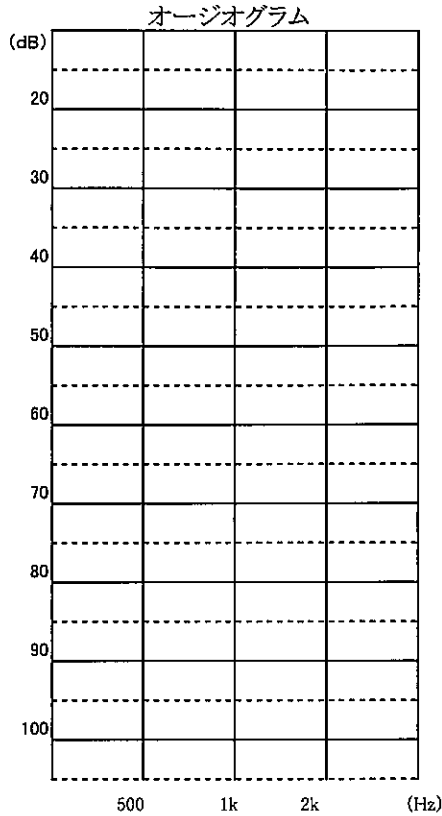


# 補装具費支給意見書(補聴システム)

住所	
氏名	年 月 日生( 歳)
障害名	
現 症	

○○



	右	左
(記号)		
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

( )

<p><b>【補聴システム】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 重度難聴用    補聴システム一式</li> <li>2. 人工内耳用    補聴システム一式</li> <li>3. その他</li> </ol>	<p><b>【受信機装用】</b></p> <p style="text-align: center;">右耳 : 左耳</p>
<p>理由: ①補聴システムの必要な理由を記載してください。</p> <p style="text-align: center;">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。</p>	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">診療機関名 診療科 医師名</p>	

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。