

氏名	男・女		年	月	日生 (歳)
住所	区・郡 市	町 村	丁目	番	号 (方)

※ 身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

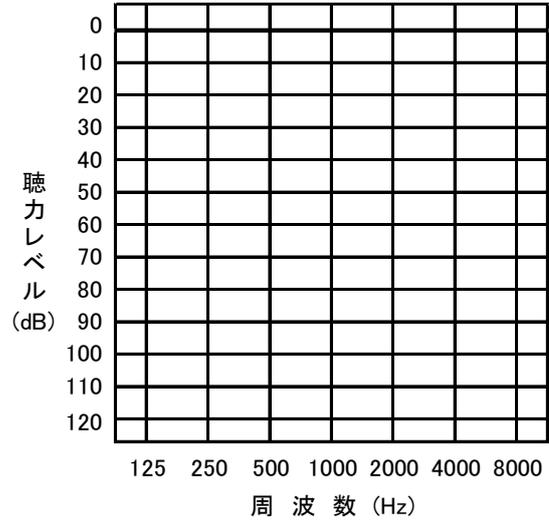
※ 以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科）の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

- (1) 難聴の種類
伝音難聴・感音難聴・混合難聴
- (2) 鼓膜の状況



- (4) オーディオグラム（別紙可） ※検査可能な場合は
検査法（ ） 骨導値記入



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
聴力レベル	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 必要とする補聴器等及びイヤモールド

※ 該当する部分に○をつけてください。

装用耳	中等度～高度難聴用 (聴力レベル90dB未満)		重度難聴用 (聴力レベル90dB以上)		耳あな型		骨導式		イヤモールド	専門的知識・技能を有する者による調整	補聴システム (FM型・デジタル方式)			
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型	レディメイド	オーダーメイド	ポケット型	眼鏡型			ワイヤレスマイク	受信機	オーディオチュー	
右										要・不要	要・不要			
左										要・不要	要・不要			

※ 原則は片耳への支給とします。教育上、生活上特に必要があり有効性を認める場合には、両耳への支給が認められる場合があります。

3 補聴器等を必要とする理由および具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）

※ 補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な理由、補聴システムが必要な理由等を御記入ください。

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関名
所在地・電話
医師名

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費助成金交付意見書作成における留意点

意見書作成時に、現在の障害状況（平均聴力レベルおよび最良語音明瞭度の数値）が、身体障害者手帳の6級に該当しないことをご確認ください。なお、身体障害者手帳6級以上に該当する場合は、意見書を作成しないで、江戸川区役所身体障害者相談係に連絡をしてください。

この意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科）の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

(1) 難聴の種類 必ず○をつけてください。

(2) 鼓膜の状況 必ずご記入ください。

鼓膜に特に所見が認められない場合も、その旨をご記入ください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度 ア 平均聴力レベル（4分法）は、必ずご記入ください。

イ 語音明瞭度検査が実施可能な場合は、結果をご記入ください。

(4) オーディオグラム ア オーディオグラムは病院でお使いの用紙を添付されてもかまいません。

イ 気導聴力の結果だけでなく、骨導聴力の結果も必ずご記入ください。

2 必要とする補聴器等及びイヤモールド

(1) 中等度難聴児補聴器購入費助成制度による支給対象となる補聴器の個数は、原則として片耳に支給となります。

(2) 教育上、生活上特に必要があり有効性がある場合には、2個支給（両耳への支給）が必要と判断される場合は、「3補聴器を必要とする理由および具体的効果」欄にその理由をご記入ください。

(3) イヤモールドの欄も、必ずご記入ください。イヤモールド不要を選択する場合は、その理由をお書きください。

(4) 「専門的知識・技能を有する者^(注1)による調整」の欄も、必ずご記入ください。

(注) 平成30年厚生労働省告示第121号により、「専門的知識・技能を有する者による調整」に関して補装具費の基準に追加されました。「専門的知識・技能を有する者」とは、補装具業者の言語聴覚士又は認定補聴器技能者とされています。

問い合わせ先

江戸川区役所福祉部障害者福祉課障害相談係

T E L : 03-5662-0052

F A X : 03-3656-5874