様式第２号（第６条関係）

みよし市高齢者難聴用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 |
| 難聴の原因となった疾病・外傷名 |  |
| 経過と現在の症状 |  |
| 現在の聴力レベル | 右　　　　　　　　　ｄＢ | 左　　　　　　　　　ｄＢ |
| 補聴器の必要性 | □必要（　□右耳　　□左耳　）　　　□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☑をお願いします。□ 助成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。（以下は、過去に本事業による助成を受けた方に対してのみ）□ 助成対象者は申請する耳に対し、有用な補聴器を所持していない。 |
| 上記のとおり意見する。年　　月　　日 |
|  | 所在地 |  |
|  | 医療機関名 |  |
|  | 医師名 |  |

※裏面の留意事項を御確認ください。

意見書記載に当たっての留意事項

１　意見書の記載は、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　高齢者難聴用の補聴器購入費の助成対象者は、医師が補聴器装用の必要性を認める６５歳以上の在宅者のうち、身体障害者手帳の交付対象とならない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、純音オージ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。

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。