

第 2 号様式（第 5 条関係）

**※この意見書は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に記載を依頼してください。**

瀬戸市軽度・中等度難聴高齢者補聴器購入費助成についての意見書

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 d B	左	d B
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"/> 両耳 ）		
処方における 特記事項				
助成対象要件 の確認		<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。		
医師要件 の確認		<input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項に基づく指定医		
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 氏 名</p>				

※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 意見書の記載は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医又は身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医が記載してください。
- 2 軽度・中等度難聴高齢者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、両耳の聴覚レベルが30dB以上70dB未満で、身体障害者福祉法第15条第1項の身体障害者手帳（身体障害者福祉法別表第2号に規定する聴覚の障害に係るものに限る。）の交付の対象とならない場合となります。
- 3 聴力障害の認定にあたり、純音オーディオメータ検査により、聴力レベルは会話音域の平均聴力レベルとし、周波数500、1,000、2,000ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB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  
骨伝導補聴器の必要性等は、この欄に記載してください。