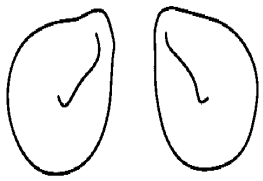
第２号様式（第５条第１号）

（その１）

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付意見書（ＡＢＲ・ＡＳＳＲ・ＯＡＥ・ＣＯＲ検査用）

氏名		男・女	年　月　日生（　　歳）
住所			
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		
補聴器の装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類 （処方）	１　補聴器の種類 耳かけ型 ・重度難聴用（右・左） ・高度難聴用（右・左） ・軽度・中等度難聴用（右・左） イヤーモールド（要・否） 骨導式 ＦＭ型受信機（　　） ・ＦＭ型用ワイヤレスマイク ・オーディオシュー その他（　　） ２　現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無） ３　使用効果見込み ４　概算額		
現在までの障がいの状況（治療の内容、期間、経過等）・意見を御記入ください。 ※　ＦＭ型受信機・ＦＭ型ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方する場合には、その医学的理由について御記入ください。			
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			

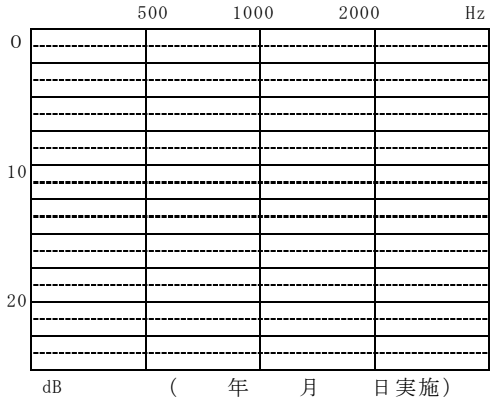
ＡＢＲ・ＡＳＳＲ閾（いき）値

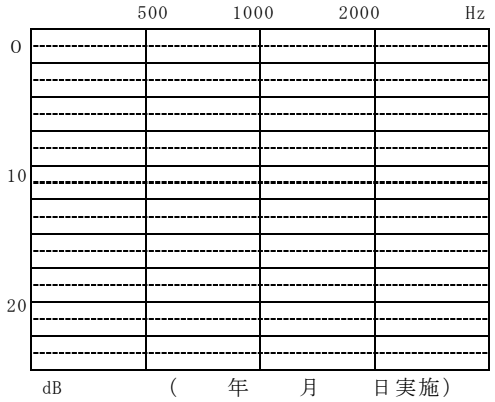
（　年　月　日実施）右　dB、左　dB
（　年　月　日実施）右　dB、左　dB
（　年　月　日実施）右　dB、左　dB

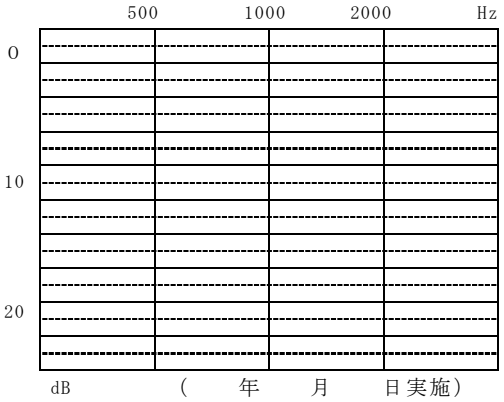
ＯＡＥ（ＴＥＯＡＥ・ＤＰＯＡＥ）反応

有・無　※直近の検査結果を添付してください。

ＣＯＲ（　年　月　日実施）







１　意見書の記載は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条第２項の指定自立支援医療機関の医師に限る。
２　補聴器は、装用効果の高い側の耳に装用するものを助成の対象とすることを原則とし、教育上及び生活上真に必要と認められる場合は、両側に装用するものを助成の対象とする。
３　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給等を優先することとする。

上記のとおり意見する。

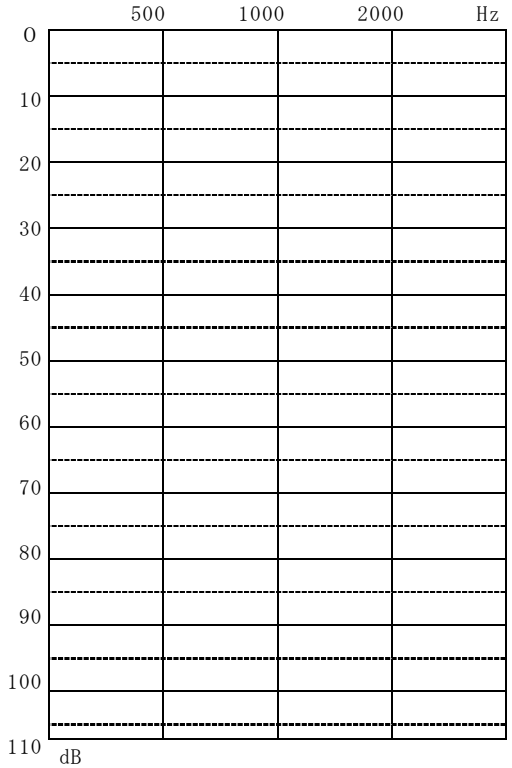
年　月　日

所在地
医療機関名（指定自立支援医療機関名）
医師氏名　㊞

（その２）

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付意見書

氏名		男・女	年　　月　　日生（　　歳）
住所			
障がいの種類	・伝音性難聴　　・混合性難聴 ・感音性難聴	（注）　聴力は、500・1,000・2,000周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・ｂ・ｃとし、（a＋2ｂ＋ｃ）／４により算定してください。	
聴力(注)	右　　dB		
	左　　dB		
補聴器装用効果	右　　有　・　無	オージオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式＿＿＿＿＿＿＿＿	
	左　　有　・　無		
補聴器の種類（処方）	１　補聴器の種類 耳かけ型 重度難聴用（右・左） 高度難聴用（右・左） 軽度・中等度難聴用（右・左） イヤーモールド（要・否） 骨導式 ＦＭ型受信機 ＦＭ型用ワイヤレスマイク オーディオシュー その他（　　） ２　現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無） ３　装用効果見込み ４　概算額		



※気導・骨導聴力を御記入ください。

現在までの障がいの状況（治療の内容、期間、経過等）・意見を御記入ください。 ※　ＦＭ型受信機・ＦＭ型用ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方する場合には、その医学的理由について御記入ください。	耳鼻疾患の有無及び障がいの状況

１　意見書の記載は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条第２項の指定自立支援医療機関の医師に限る。
２　補聴器は、装用効果の高い側の耳に装用するものを助成の対象とすることを原則とし、教育上及び生活上真に必要と認められる場合は、両側に装用するものを助成の対象とする。
３　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給等を優先することとする。

上記のとおり意見する。
年　　月　　日

所在地
医療機関名（指定自立支援医療機関名）
医師氏名　　㊞