

中等度等難聴児補聴器購入費助成金交付意見書								
氏名	男・女							
	生年月日 M・T・S・J 年 月 日 歳							
住所	南巨摩郡富士川町							
医学的診断	障害名	1 感音性難聴(右・左) 2 伝音性難聴(右・左) 3 混合性難聴(右・左) 4 その他()						
	疾病・外傷発生年月日	S・H 年 月 日 / 不明						
	障害原因							
	現病歴							
	現症							
	オージオメーター形式							
	聴力(聴力レベル)	右	dB					
		左	dB					
	語音明瞭度	右	%					
		左	%					
装用閾値	右	dB						
	左	dB						
1. 必要性・使用効果見込み ※意見をご記入ください。								
補装具交付状況		新規交付・再交付(前回交付 S・H 年 月)						
補装具費支給に対する意見	現在使用の補聴器	1 高度難聴用(ポケット型・耳かけ型) 2 重度難聴用(ポケット型・耳かけ型) 3 耳あな型(レディメイト・オーダーメイト) 4 骨導式(ポケット型・眼鏡型) 5 その他()						
	今回必要な補聴器	1 高度難聴用(ポケット型・耳かけ型) 2 重度難聴用(ポケット型・耳かけ型) 3 耳あな型(レディメイト・オーダーメイト) 4 骨導式(ポケット型・眼鏡型) 5 その他()						
	装用側	右・左						
	特に必要とするもの	無・有 有の場合 → 1 両耳 2 イヤーモールド						
	適応理由							
	上記のとおりです。 年 月 日							
医療機関の名称及び所在地								
身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師名								
富士川町長 様								
印								