

様式第 2 号 (第 5 条関係)

一宮市難聴高齢者補聴器購入費助成に係る意見書

助成対象者	住所			
	ふりがな 氏名		生年月日	大・昭　・　・
難聴の原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日　　年　月　日 最終診察日　　年　月　日			
経過と 現在の症状				
現在の聴力 レベル	右　　d B　　左　　d B	検査日	年　　月　　日	
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"/> 不要			
処方における 特記事項				
助成対象要件 の確認	※該当する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <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	<input type="checkbox"/> 日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会認定補聴器相談医 <input type="checkbox"/> 一宮市内の身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医			
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一宮市内の身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師（耳鼻咽喉科医）が記載してください。
- 2 難聴高齢者の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、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、純音オーディ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、1,000、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。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

- 4 特記事項がありましたら、「処方における特記事項」の欄に記入してください。