

様式 2

東海市難聴高齢者補聴器購入費補助意見書

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	東海市		

聴覚障害の状況、所見等を記載してください。

難聴の経過	時 期	頃から	
	原 因		
	現在の症状		
現在の聴カレベ	右	d B	左 d B
補聴器の必要性	右 (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)		左 (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)
処方における特記事項			
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"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師		

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)

意見書記載に当たっての留意事項

- 1 令和6年度東海市難聴高齢者補聴器購入費補助金交付要綱の別表で指定された医療機関において、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項に規定する医師が記載してください。
- 2 東海市難聴高齢者補聴器購入費補助金の交付対象者は、市内に住所を有する65歳以上の高齢者のうち、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付対象とならない方であって、両耳の聴力レベルが30dB（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（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。

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