**補 装 具 費 支 給 意 見 書**

**（補聴器・人工内耳用音声信号処理装置修理）**

□新規　□再支給（□耐用年数経過　□耐用年数内）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 男・女 |  Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　 年　　　月　　　日生　　　歳 |
| 保護者氏名（１８歳未満の場合） | １　障害名 |
| ２　障害等級 |
| ３　原因疾患（難病含む） | 　 | □交通　□労災　□その他の事故　□戦傷　□戦災□疾病　□先天性　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 発生年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| ４　経過と現症（注：下記補装具の必要性がわかるように明確に記載する。難病患者等については、身体症状の特性や日内変動の状況等を記載し、迅速な手続が必要な場合はその理由も記載する。）現在の聴力（純音聴力検査）　右　　　　dB　　左　　　　dB（4分法） | 進行性疾患：□ 該 当□ 非該当支給決定手続：□ 迅 速□ 一 般 |

|  |  |
| --- | --- |
| 補　　　聴　　　器 | ５　補聴器の装用経験　　過去の使用経験　　　　　有 （　　年　　月　～　　年　　月　）　・ 　無　　　　　　　　　　　　現在の使用　　　　　 有 （　自費購入・補装具費・その他　）　・ 　無　　　　　　　　　　　現在使用している型　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |
| ６　装用下でのきこえの状態　　良好　・　改善あり　・　問題あり（ 　　　　　　　　　　　 ） |
| ７　必要補装具名　補聴器　（該当する項目に☑をつけてください。）（注：18歳以上の方で、耳あな型、骨導式、両耳装用、耐用年数内で等級区分による型では合わない場合は、直接判定が必要です。）□ 高度難聴用（４～６級） 【 □ ポケット型　　　□ 耳かけ型 】□ 重度難聴用（２～３級） 【 □ ポケット型　　　□ 耳かけ型 】□ 耳あな型　　　　　　 【 □ レディメイド　　□ オーダーメイド 】 □ 骨導式 【 □ ポケット型　　　□ 眼鏡型 】　□ 両耳装用 |
| ８　耳あな型・骨導式・両耳装用の必要理由と効果（使用期間　　年　　月間） |
| 人　工　内　耳 | ９　人工内耳の装用耳　　　右　・　左　・　両耳　　　　・手術日　　　年　　　月　現在使用中のメーカー名：　　　　　　　　　　　　　　　機種名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 10　人工内耳用音声信号処理装置の修理理由□ 該当の人工内耳用音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。　（保証期間　　年）□ 人工内耳用音声信号処理装置の交換では無く、修理が必要である。□ 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。 |

上記のとおり意見する

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面あり

＜記入上の注意事項＞

* この書類の内容を審査し、補装具費（補聴器）支給の適否を判定しますので、できる限り詳細にご記入ください。
* 18歳以上の方の場合、障害者総合支援法による補装具費の支給については、身体障害者更生相談所への来所判定を原則としていますが、ポケット型・耳かけ型の場合は、主治医にこの意見書をご記入いただき、これにより身体障害者更生相談所で書類判定させていただいております。（耐用年数内で等級区分による型では合わない場合は、来所が必要です。）
* 以下の場合には、身体障害者更生相談所への来所が必要です。

〇耳あな型　耳介の奇形などにより、ポケット型・耳かけ型の使用が不可能な者

耳あな型の使用が望ましいと判断される場合

（例：土木関係の仕事で、常時ヘルメットをかぶり汗も大量にかくため耳かけ型は使えないなど、職業上または学校教育上真に必要と認められる場合）

〇骨導式　原則として伝音性難聴者で耳漏が著しい者

外耳道の閉塞などの障害で耳栓又はイヤモールドの使用が困難で骨導子の使用によって装用効果が得られるもの

〇両耳装用　職業上または学校教育上真に必要と認められる場合、幼少時から両耳使用してきている場合など

（判定の直前において、１ヶ月以上の装用が必要）

〇重度難聴用耳かけ型FM補聴器　教育現場での使用など使用目的、効果があり、具体的なケアができ、使用が望ましいと判断される場合

〇その他　ポケット型、耳かけ型対象者で、耐用年数内で等級区分による型では合わない場合