名古屋市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成についての意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">児
童</td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>難聴の種類</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>経過と
その状況

（注１）</td><td colspan="4">現在の聴力：左　　ｄＢ程度　　右　　ｄＢ程度</td></tr>
<tr><td>処方
（注２）

（注３）</td><td colspan="4">補聴器の左右の別　左　右　左右両方　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

（注１）片耳ずつの聴力を測定できない場合、その理由と両耳での聴力をご記入ください。なお、名古屋市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業は、**聴力レベルが原則として３０ｄB 以上**（両耳又は片耳）で、かつ、**身体障害者手帳の対象とならない方**が助成の対象になります。

（注２）両耳装用の場合、その理由、装用効果等もご記入ください。

（注３）今回の診断で必要と認める補聴器の左右の別に丸を付けてください。
交互装用などの場合は、その他に丸をつけ、括弧内に詳細をご記入ください。なお、イヤーモールドは、**補聴器１台につき１台まで**が助成対象となります。

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

医　師　名