

- 両耳の平均聴力レベルが 30 デシベル以上で、身体障害者手帳の交付対象外である者
- 中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下ではなく、耳鼻咽喉科による治療を行ってもなお聴力が回復する見込みがないこと。
- 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断できる者
- 労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）及びその他法令に基づく給付により、本事業による助成に相当するものを受けられないこと。

氏 名					年 月 日生（ 歳）																																																									
難聴の 原 因	発生年月日（ 年 月 日） 事故・疾病・先天性・その他																																																													
経 過	難聴の状況、これまでの治療経過等																																																													
検査所見	1 聴力 （会話音域の平均聴力レベル） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 90%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">dB</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> <td style="text-align: right;">dB</td> </tr> </table>			右		dB	左		dB	4 補聴器装用による補聴器効果に関する意見			5 聴力検査の結果（アは必須。イは必要に応じ記載） ア 純音による検査 イ 語音による検査 500 1000 2000 Hz 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 最良語音明瞭度 右 % （ dB） 左 % （ dB） ※なお、語音明瞭度の場合は 検査結果データを添付して ください。																																																	
	右		dB																																																											
左		dB																																																												
2 障害の種類 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 90%; text-align: center;">伝音性難聴</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">感音性難聴</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">混合性難聴</td></tr> </table>				伝音性難聴		感音性難聴		混合性難聴	3 鼓膜の状態 （右） （左） 																																																					
	伝音性難聴																																																													
	感音性難聴																																																													
	混合性難聴																																																													
処 方	右⇒補聴器装用（□要 □不要） ☐ポケット型 ☐耳かけ型 ☐その他 ☐軽度・中等度難聴用 ☐高度難聴用 ☐重度難聴用 イヤモールド （□要 □不要）		左⇒補聴器装用（□要 □不要） ☐ポケット型 ☐耳かけ型 ☐その他 ☐軽度・中等度難聴用 ☐高度難聴用 ☐重度難聴用 イヤモールド （□要 □不要）		両耳装用が必要な場合、 その理由をご記載ください。																																																									
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関名 医師名 印																																																														

