

補装具費支給意見書（聴覚障害用）

※この欄はご本人が記入してください。記入にあたって不明な点は、区市町村の補装具担当者でご相談ください。

氏名			生年月日	年	月	日生（歳）
住所	区・郡 市	町村	丁目	番	号	（方）
身体障害者手帳	聴覚障害（ ）級 総合等級（ ）級		年	月	日交付	・申請中
前回の判定	年	月	高度難聴用* ¹ ポケット型 重度難聴用* ² ポケット型	高度難聴用* ¹ 耳かけ型 重度難聴用* ² 耳かけ型	その他（ ）	右・左・片・両
今回の希望	新規 ・ 装用耳を変更したい（右・左・両耳を ⇒ 右・左・両耳に） 補聴器の処方を変更したい（高度難聴用を重度難聴用に ・ その他）					

（*1 旧標準型、*2 旧高度難聴用）

※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師（以下「指定医」という。）が記入してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能です。

1 聴覚障害の状況及び所見 ※意見書作成時の状況及び所見をご記入ください。

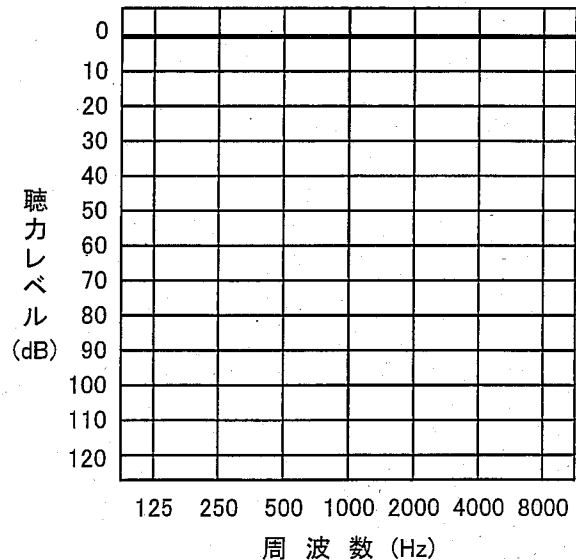
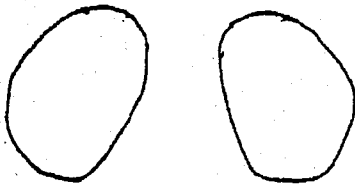
(1) 難聴の種類

(4) オーディオグラム（別紙添付可） ※骨導値必須。

検査日 年 月 日

伝音難聴・感音難聴・混合難聴

(2) 鼓膜の状況



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

	右耳	左耳
平均聴力レベル (4分法)	dB	dB
最良語音明瞭度	(dB) %	(dB) %

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器及びイヤモード】

※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモード等の要否を選択してください。

	高度難聴用 (平均聴力レベル90dB未 満)		重度難聴用 (平均聴力レベル90dB以 上)		装用耳	イヤモード	専門的知識・ 技能を有する 者による調整
	ポケット型	耳かけ型	ポケット型	耳かけ型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

イヤモード不要を選択する場合は、その理由（ ）

※障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。両耳に支給が必要な場合は、2個支給となりますので、【B】2個支給用の欄にも記入し、4の(1)に理由を必ずお書きください。
すでに片耳に補聴器を支給されていて、今回は他側耳に追加して支給する場合も、2個支給となります。
その場合、【A】1個目の欄に支給済の処方、【B】2個目支給用の欄に今回の処方をお書きください。
※装用耳の平均聴力レベル90dB未満で重度難聴用を選択する場合、または装用耳の平均聴力レベル90dB以上で高度難聴用を選択する場合は、4の(3)に理由をお書きください。
※装用耳に平均聴力レベルの重い側を選択した場合は、4の(4)に理由をお書きください。
※上記の補聴器では装用できない場合は、3にお書きください。

- 3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合の処方
 ※補聴器の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールド等の要否を選択してください。
 ※上記の補聴器を選択した場合は、4の(2)に理由をお書きください。
 ※両耳に支給が必要な場合は【B】欄にも記入し、4の(1)に理由をお書きください。

	耳あな型 (身体上・職業上の理由 で、ポケット型及び耳かけ型 の補聴器の使用が困難で 真に必要な方)		骨導式 (伝音・混合難聴者であって、耳 漏が著しい又は外耳道閉鎖症 等を有する方で、かつ、耳栓又 はイヤモールドの使用が困難な方)		装用耳	イヤモールド (耳あな型レ テメイトの場 合のみ記入)	専門的知識・技能を 有する者による調整
	レテメイト	オダメイト	ポケット型	眼鏡型			
【A】1個目					右・左	要・不要	要・不要
【B】2個支給用					右・左	要・不要	要・不要

4 補聴器を必要とする理由及び所見 (具体的効果)

※次の(1)から(4)の場合には、必ずお書きください。★のついた箇所は、可能な範囲でお書きください。

(1) 2個支給 (両耳への支給) が必要な理由及び具体的効果

2個支給 (両耳への支給) が必要な理由	職業上 ・ 教育上 ・ 障害上
両耳装用の経験 装用 (試聴) 機種 ★	現在装用 ・ 過去に装用 ・ 試聴済/試聴中 ・ 試聴なし 右 () 左 ()
両耳装用による語音明瞭度の向上 ★ ※現在両耳装用でない、または語音明瞭度が低いために 両耳に必要な場合は、できるかぎりお書きください。	あり (片耳装用 % → 両耳装用 % に向上) ・ なし 検査語表: 57s ・ 67s ・ その他 ()

※両耳装用の客観的效果を示す具体的状況 (会話聴取の程度など) があればお書きください。

(2) 耳あな型・骨導式が必要な理由及び具体的効果

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用が必要な理由及び具体的効果

これまで装用していた補聴器 補聴器の試聴経験	機種 (★) ・ 機種不明 ・ 使っていない 重度難聴用を試聴した ・ 高度難聴用を試聴した ・ 試聴していない (機種★)
必要とする音響利得	() dB

※補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図及び調整状態がわかる資料を添付してください。★

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

5 特記事項

以上のとおり、障害者総合支援法による補装具費支給について意見を付す。

・ 年 月 日

医療機関名
診療担当科
電話
FAX

医師名

※補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センターが判定を行います。
 高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村で判断可能です。

令和5年4月から

補装具費支給意見書（聴覚障害用）作成における留意点

意見書作成時に、現在の障害状況（平均聴力レベル及び最良語音明瞭度の数値）が、身体障害者手帳の6級以上に該当することをご確認ください。なお、身体障害者手帳6級以上に該当しない場合は、意見書を作成しないで、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

1 聴覚障害の状況及び所見

※意見書作成時の状況及び所見をご記入ください。

(1) 難聴の種類

必ず○をつけてください。

(2) 鼓膜の状況

必ずご記入ください。鼓膜に特に所見が認められない場合も、その旨をご記入ください。

(3) 聴力レベルと語音明瞭度

ア 平均聴力レベル（4分法）は、必ずご記入ください。

イ 語音明瞭度検査が実施可能な場合は、なるべく検査を行い、結果をご記入ください。

(4) オーディオグラム

ア オーディオグラムは病院でお使いの用紙を添付されてもかまいません。

イ 気導聴力の結果だけでなく、骨導聴力の結果も必ずご記入ください。

2 補聴器の処方【ポケット型・耳かけ型補聴器及びイヤモールド】

(1) 障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個です。片耳に支給が必要な場合には、【A】1個目の欄に○をお書きください。

(2) 教育上、職業上、障害上の理由から、2個支給（両耳への支給）が必要と判断される場合は、【A】1個目と【B】2個支給用の欄の両方に○をお書きください。また、必ず「4(1)2個支給（両耳への支給）が必要な理由及び具体的効果」欄にその理由をご記入ください。

(3) イヤモールドの欄も、必ずご記入ください。イヤモールド不要を選択する場合は、その理由をお書きください。

(4) 「専門的知識・技能を有する者（注1）による調整」の欄も、必ずご記入ください。

（注1）平成30年厚生労働省告示第121号により、「専門的知識・技能を有する者による調整」に関して補装具費の基準に追加されました。「専門的知識・技能を有する者」とは、補装具事業者の言語聴覚士又は認定補聴器技能者とされています。

(5) 「高度難聴用」・「重度難聴用」の選択

装用耳の聴力レベル（気導・骨導）等から判断します。原則として平均聴力レベルが90dB未満を高度難聴用補聴器、90dB以上を重度難聴用補聴器（注2）とします。

（注2）障害者総合支援法における「重度難聴用」を名称とする補聴器は、①JIS C 5512-2000による90dB最大出力音圧レベルのピーク値が140dB SPL以上のもの、② JIS C 5512-2015による90dB入力最大出力音圧レベルのピーク値が130dB SPL以上のもののいずれかをいいます。

そのため、装用耳の平均聴力レベルが90dB未満で重度難聴用、または装用耳の平均聴力レベルが90dB以上で高度難聴用を選択する場合には、必ず「4(3)装用耳90dB未満で重度難聴用、または90dB以上で高度難聴用が必要な理由及び具体的効果」欄にご記入ください。

3 ポケット型・耳かけ型補聴器では装用できず、特殊な補聴器を必要とする場合

補装具費の支給対象となる補聴器の種類は、原則として耳かけ型かポケット型です。それ以外の補聴器を必要とする場合は、次のような適応の考え方をもとに判断してください。

補装具費支給制度での適応の考え方	
耳あな型	耳あな型の支給対象者は、 <u>身体上、職業上等の理由で、ポケット型も耳かけ型も使用できず、真に耳あな型が必要な方</u> です。 厚生労働省が告示する補装具費支給基準に定められている耳あな型の性能は、高度難聴用に準じるとされていますので、 <u>原則として装用耳の平均聴力レベルが90dB未満の方が適応</u> （注3）です。
(次頁へ)	（注3）ただし、耳あな型オーダーメイド補聴器で重度難聴用に相当する性能のものが製作できる場合がありますので、平均聴力レベル90dB以上で耳あな型

(前頁から)	<p>を必要とする場合、必ず耳あな型が装用可能かどうか(ハウリングなしに十分な利得を得られるかどうか)を確認した上で書きください。</p> <p>現在耳あな型を装用している、あるいは眼鏡やマスク装着のため耳あな型が必要であるという理由のみでは、耳あな型が真に必要な理由としては認められません。</p> <p>以下に、耳かけ型・ポケット型が装用できない理由の例をお示しします。</p> <p>①身体上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耳介変形のため、耳かけ型を耳にかけることができない(変形の状態を具体的に記述)、など <p>②職業上</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、ヘルメットの形状や実際に耳かけ型を試した状況から、耳かけ型では装用できないことを確認している、など
骨導式	<p>伝音・混合難聴者であって、耳漏が著しいため、または外耳道閉鎖症などを有するため、耳栓やイヤモールドの使用が困難であること</p>

※補聴システム(受信機、ワイヤレスマイク)や上記表にない特殊な補聴器が必要な場合には、意見書を作成される前に、ご本人がお住まいの区市町村の補装具担当者にご連絡ください。

4 補聴器を必要とする理由及び所見(具体的効果)

次の(1)~(4)の場合には、必要な理由及び具体的効果を、必ず書きください。★のついた箇所は、可能な範囲で書きください。

(1) 2個支給(両耳への支給)を選択した場合

職業上、教育上、障害上の理由が必要です。あてはまる理由に必ず○をつけてください。

両耳装用の経験、装用機種(★)、両耳装用によってどのような効果が具体的に認められるかを確認した上で書きください。

現在両耳装用でない場合や、職業上、教育上の理由がなく、障害上、語音明瞭度が低いため片耳では十分コミュニケーションが確保できないことを理由に両耳装用を必要とする場合は、片耳装用と両耳装用を比較した結果(片耳及び両耳に補聴器を装用した状態での語音明瞭度★)を、可能なかぎりご記入ください。

(2) 耳あな型・骨導式の補聴器を選択した場合

(3) 装用耳 90dB 未満で重度難聴用、または 90dB 以上で高度難聴用を選択した場合

これまでに装用していた補聴器の機種(★)、重度難聴用または高度難聴用補聴器の試聴経験の有無及び機種(★)、必要とする音響利得をお書きください。なお、補聴器を試聴した場合には、補聴器を最大限適合させたときの補聴器特性図及び調整状態がわかる資料を可能なかぎり添付してください(★)。

(4) 装用耳に聴力レベルの重い側を選択した場合の理由

障害者総合支援法による補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則1個です。そのため、より補聴効果の高い良聴耳側が補聴器の支給対象となります。あえて、聴力レベルの重い側を装用耳として選択した場合には、その理由を具体的にお書きください。

5 特記事項

補聴器の支給に関して、何かご意見がございましたら書きください。

6 その他

ア 意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、耳鼻咽喉科の指定を受けている医師が作成してください。難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能です。

イ 18歳以上のかたの補装具費支給(補聴器)については、この意見書の内容により、東京都心身障害者福祉センター*が判定を行います(高度難聴用片耳の支給は、この意見書の内容により、区市町村が判断して支給することができます)。

(*身体障害者更生相談所)

問合せ先：東京都心身障害者福祉センター
障害認定課 身体障害担当
TEL 03-3235-2965
FAX 03-3235-2959