様式第２号（第５関係）

茨木市軽度難聴児補聴器購入等費用補助金交付意見書

<table>
<tr><td rowspan="2">児童の氏名等</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　　歳）</td></tr>
<tr><td>原傷病名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">平均聴力</td><td>右耳</td><td>デシベル</td><td>左耳</td><td colspan="2">デシベル</td></tr>
<tr><td colspan="5">※茨木市軽度難聴児補聴器購入等費用補助金の交付条件：両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 60 デシベル未満で身体障害者手帳及び大阪府難聴児補聴器交付事業の対象とならない難聴児です。</td></tr>
<tr><td>障害の状況等</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">聴力検査</td><td colspan="3">聴力検査実施日　　　　年　　月　　日</td><td colspan="2">補聴器の処方</td></tr>
<tr><td>オージオグラム</td><td colspan="2">オージオメーターの形式＿＿＿＿＿＿＿
500　1000　2000　Hz
40
50
60
70
80
90
100
110
dB</td><td colspan="2">□耳かけ型
□右耳　□左耳　□両耳
□ポケット型
□右耳　□左耳　□両耳
□耳穴型
□右耳　□左耳　□両耳
イヤーモールドの処方
□必要　□不要
検査日（この診断書記載に必要な検査日）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">その他検査</td><td colspan="4">※オージオグラムによる検査が不可能な場合は、その理由との方法(ABR 等)を記載し、検査結果表を添付してください。（上記の３（平均聴力）及び４（障害状況等）は記載してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">（検査方法）</td><td colspan="2">（理由）</td></tr>
<tr><td colspan="6">※この意見書の作成は次のいずれかの医師です。（該当する□欄に✓をしてください。）
□障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第54条第２項の指定自立支援医療機関の医師
□身体障害者福祉法第15条第１項の指定を受けた耳鼻咽喉科の医師</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり意見する。
年　　月　　日
所在地
医療機関名
医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞</td></tr>
</table>