

(参考様式)

耳鼻咽喉科医師の意見欄

患者氏名

生年月日 大正・昭和 年 月 日

【対象聴力】 両耳ともに40dB以上（身体障害者手帳の聴覚障害非該当）

オーディオグラム検査の結果、4分法により両側中等度難聴（両耳40dB以上で身体障害者手帳の聴覚障害に該当しない範囲）を基準としています。

上記の者は、補聴器の使用が必要であると認めます。

年 月 日

[医療機関] 所在地
名称
医師氏名
電話番号

※状態が変わる可能性もあるため、速やかに申請ください。

【注意事項】

1. この様式によらず医療機関の診断書等で「耳鼻科医師が記載し、両耳ともに40dB以上（身体障害者手帳の聴覚障害非該当）」が確認できる書類であれば代替可。
2. 助成制度の対象となるのは、蕨市民で65歳以上の方かつ身体障害者手帳の聴覚障害（※）に該当しない中等度難聴の方になります。
聴覚障害に該当する方の場合、本意見書では助成の対象となりません。

※身体障害者手帳の聴覚障害に該当する聴力目安

「両耳が70dB以上」あるいは「片耳が90dB以上かつもう片耳が50dB以上」

【助成対象例】

- 左耳が70dB、右耳が50dB ⇒ ○
- 左耳が80dB、右耳が50dB ⇒ ○
- 左耳が90dB、右耳が50dB ⇒ ×（聴覚障害に該当する可能性あり）
- 左耳が70dB、右耳が80dB ⇒ ×（聴覚障害に該当する可能性あり）