

補装具費支給についての意見書
(補聴効果用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
障 害 名			
今回必要とする補聴器の名称			
使用目的	1 職業（具体的に） 2 家事 3 その他		
補聴器の装用経験	過去の使用経験 有（ 年 月～ 年 月）・ 無 現在の装用 有（自費購入・総合支援法支給・その他 ）・ 無 現在使用している型 性能上の問題点		
裸耳における聞こえの状態			
補聴器装用による効果 (理由も含めて)	1 聴覚障害が2級であって、補聴器を必要とする場合 2 聴覚障害が4級であって、重度難聴用を必要とする場合		
耳あな型補聴器を希望する場合	ポケット型・耳かけ型補聴器が使用できない理由		
両耳装用を希望する場合	両耳装用を必要とする理由・効果		
年 月 日 業 者 名 担当者名			

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。