

福岡県軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金交付要領

この要領は、「福岡県軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業補助金交付要綱（平成26年6月9日施行。以下「要綱」という。）第14条の規定に基づき、事業の実施に必要な事項を定める。

1 医師意見書

- (1) 要綱第2条第3項に規定する医師とは、次の各号に掲げる者とする。
 - ①身体障害者福祉法（昭和24年12月26日法律第283号）第15条第1項に規定する医師
 - ②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（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定医療機関（耳鼻咽喉科を担当する医療機関に限る。）において、当該医療を主として担当する医師
- (2) 要綱第5条に定める補助対象事業の適用を受ける者は、補聴器の購入・更新を申請する際、前項で定める医師が作成する医師意見書を添えるものとする。
- (3) 前項で定める医師意見書の様式は、別紙1のとおりとする。

2 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成台帳

- (1) 要綱第12条の規定による軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成台帳とは、別紙2又はこれに相当する記載内容を含むものとする。

附 則

この要領は、平成26年6月10日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年10月31日から施行し、令和元年5月1日から適用する。

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (才)
住所	TEL _____		
①原因疾病名 (病名)			
②疾病発生年月日	年 月 日		
③経過及び現症			
④新生児聴覚検査の結果	実施・未実施・不明	A A B R ・ D P O A E	両Pass・両refer 片refer (右・左)
⑤補聴器の種類 及び商品名等 ※処方する補聴器の該当 箇所に○	①補聴器の種類	軽度・中等度難聴用ポケット型	耳あな型 (レディメイド)
		軽度・中等度難聴用耳かけ型	耳あな型 (オーダーメイド)
		高度難聴用ポケット型	骨導式ポケット型
		高度難聴用耳かけ型	骨導式眼鏡型
		重度難聴用耳ポケット型	
		重度難聴用耳かけ型	
	② 装用耳	右耳	左耳
	③ イヤモールド	要	不要
	④ その他商品 (型式名等)		
⑥補聴器の必要性			
⑦使用効果見込み等 評価所見			
⑧その他参考となる 合併症			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 医療機関住所 診療科名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 (自署)</p>			

※本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師（聴覚障害）又は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59条第1項に規定する医療を行う機関（耳鼻咽喉科を担当する医療機関に限る）において、当該医療を主として担当する医師のみです。

※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

