|  |  |
| --- | --- |
| 氏名  生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 補聴器の使用状況 | (1)装用歴　　 　～ （耳かけ・耳あな） 装用耳（右・左・両耳）  (2)現在使用している補聴器　高度難聴用（ポケット型・耳かけ型）  重度難聴用（ポケット型・耳かけ型）  その他（　　　　　　　　　　　　）  装用耳（ 右 ・ 左 ・ 両耳 ）  購入年月 　　年　　月（支給・自費） |
| １ ポケット型及び耳かけ型の使用が困難な理由 | 耳介欠損等のやむを得ない理由（　有　・　無　） |
| ２ 耳あな型を必要とする理由 | 障害の状況等を勘案し、職業又は教育上等特に必要とする理由（　有　・　無　） |
| 就学・就労等の状況（ある場合） | 期間（いつから）  頻度や時間（週〇日、何時から何時まで）  内容 |
| 該当があれば、説明の上、チェックをしてください。 | * (1)１，２に該当する理由がない場合   購入する補聴器の価格と高度難聴用耳かけ型の補装具費（１割負担で44,226円、自己負担なしで49,184円）との差額は自己負担となることについて説明の上、了承済みである。   * (2)1，2に該当せず、重度難聴用の補聴器を使用している場合   補装具費で支給できる耳あな型は、高度難聴用のため、来所時の検査において高度難聴用耳かけ型で補聴効果が得られなかった場合には、補装具費の対象とならず、購入を希望する場合には全額自費購入となることについて、説明の上、了承済みである。 |
| 記入者 | 年月日　　　　年　　　月　　　日  市町村名  担当者 |

調査書（耳あな型）