補聴器・イヤーモールド交付修理意見書　作成希望用紙

補聴器や関連補装具で意見書の作成をご希望される場合は、こちらの用紙に希望内容をご記載いただき、診断書依頼用紙と一緒に総合受付にご提出ください。

氏　名：

ID 番号：

希望する内容	□ 作成　　□ 修理 ※両方（片耳作成、片耳修理）希望する場合は、その旨を備考欄に記載する。
希望する補聴器の種類	□ 重度難聴用耳かけ型 □ 重度難聴用ベビー型★ □ 高度難聴用耳かけ型 □ 高度難聴用ベビー型★ □ 軽中等度難聴用耳かけ型 □ 軽中等度難聴用ベビー型★ □ 骨導式（ポケット型／眼鏡型／一体型）★ □ FM 型補聴器（★） □ FM 型補聴器（ロジャー）★ □ その他（　　）　★は特例補装具
補聴器希望台数	□ １台（右耳／左耳／交互装用）　□ ２台（両耳）
特例補装具該当	□ 該当する　□ 該当しない
イヤーモールド希望個数	□ １個（右耳／左耳）　□ ２個（両耳）　□ なし
備　考 ※意見書に希望する記述内容がある場合	記載例） ・重度補聴器１台（右）は修理、１台（左）は作成 ・ベビー型から耳かけ型への変更

【留意事項】

・当センター耳鼻科を１年以上未受診の場合、意見書を作成できないことがあります。また、市町村指定診断書の様式によっては、聴力検査が必要になる場合があります。

・補聴器の種類がご不明な場合は、作成・修理を依頼している業者や店舗にご確認ください。

・特例補装具、軽中等度難聴用補聴器の場合、別に専用の意見書を求められる場合がありますので、お住まいの市町村窓口にご確認ください。

・特例補装具に該当するかどうか不明の場合は、お住まいの市町村窓口でご確認ください。

・記載に関してご不明点がある場合はソーシャルワーカーまでお問い合わせください。

埼玉県立小児医療センター

平成 30 年 4 月