# 難聴児補聴器購入助成事業調査書

| 氏名 | | 生年月日 | |
|---|---|---|---|
| 病名 | | | |

1．　本人の生活状況

（1）　生活場所

ア　在宅

イ　施設：施設名（　　：　　年　　月　　日より入所中）

ウ　入院：病院名（　　：　　年　　月　　日退院予定）

（2）　生活状況

ア　就労について　□　なし　□　あり（　　）

イ　教育について　□　なし　□　あり（　　）

（3）現在の補聴器の使用　□　なし　□あり（　　）

（4）今回の補聴器の型式について（購入の方のみ）

□　軽度・中等度難聴用ポケット型　　□　軽度・中等度難聴用耳かけ型

□　高度難聴用ポケット型　　□　高度難聴用耳かけ型

□　重度難聴用ポケット型　　□　重度難聴用耳かけ型

□　耳あな型（レディメイド）　　□　耳あな型（オーダーメイド）

□　骨導式ポケット型　　□　骨導式眼鏡型

（5）前回同制度での購入について　□　なし　□　あり（　　年　　月　　日）

「あり」の方で耐用年数未経過の場合その理由

（6）　その他特記事項