

様式 2

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給に当たり、下記の内容について、確認しました。

(元号) 年 月 日

医療機関名 _____
所 在 地 _____
診療担当科 _____
作成医師氏名 _____

記

【患者情報】

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住 所 _____

身障手帳障害名と等級

_____ (種 級)

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名： _____

機 種 名： _____

【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- ☐ 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。
- ☐ 人工内耳用材料が破損した場合及び医学的に必要と認められる場合の交換では無く、人工内耳用音声信号処理装置の修理が必要である。
- ☐ 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。