

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あたり、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 \_\_\_\_\_ 印

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。
- 人工内耳音声信号処理装置の交換では無く、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。