

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。

____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 _____

身体障害者手帳と等級 _____ (____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 : _____

【確認事項】

以下の項目を確認のうえ、該当するものに☑をいれてください。

- 該当の人工内耳用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。
- 人工内耳用音声信号処理装置の交換ではなく、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。