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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。