

補聴器差額自己負担調書

鹿児島市長 殿

私は、下記のとおり、処方補聴器(判定結果)の基準額を超える補聴器の購入を希望します。
それによって生じる差額分は自己負担します。

| 区 分 | 補 聴 器 の 名 称 | | | 基 準 額 (見 積 金 額) |
|---|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 処方補聴器 (判定結果) | <input type="checkbox"/> 高度難聴用 | <input type="checkbox"/> ポケット型 | <input type="checkbox"/> 右 | 本体金額 ()円 |
| | <input type="checkbox"/> 重度難聴用 | <input type="checkbox"/> 耳かけ型 | <input type="checkbox"/> 左 | イヤモールド ()円 |
| | <input type="checkbox"/> 骨導式 | <input type="checkbox"/> 耳あな型 | | 加算額 ()円 |
| | <input type="checkbox"/> イヤモールド | <input type="checkbox"/> 眼鏡型 | | デジタル補聴器調整加算 ()円 |
| | | | | 合計 ① ()円 |
| * ①は基準額の上限 | | | | |
| 希望補聴器 | <input type="checkbox"/> 高度難聴用 | <input type="checkbox"/> ポケット型 | <input type="checkbox"/> 右 | 本体金額 ()円 |
| | <input type="checkbox"/> 重度難聴用 | <input type="checkbox"/> 耳かけ型 | <input type="checkbox"/> 左 | ()円 |
| | <input type="checkbox"/> 骨導式 | <input type="checkbox"/> 耳あな型 | | ()円 |
| | <input type="checkbox"/> イヤモールド | <input type="checkbox"/> 眼鏡型 | | ()円 |
| | | | | 合計 ② ()円 |
| * この欄は、見積書の内容を転記する | | | | |
| 希望機種・メーカー・型式 | | | | |
| [] | | | | |
| JIS C 5512-2000による90dB最大出力音圧のピーク値 (<input type="checkbox"/> 140dB未満 <input type="checkbox"/> 140dB以上) | | | | |
| JIS C 5512-2015による90dB最大出力音圧のピーク値 (<input type="checkbox"/> 130dB未満 <input type="checkbox"/> 130dB以上) | | | | |
| 処方補聴器(判定結果)の基準額を超える額(差額自己負担額) ② - ① | | | | ()円 |

(処方補聴器(判定結果)の基準額を超える補聴器の購入を希望する理由)

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

* 必要添付書類

- 1 希望補聴器の見積書
- 2 希望補聴器のカタログ(機種名・金額・90dB最大音圧のピーク値の内容確認ができるもの)

(令和3年4月1日から適用)

補聴器差額自己負担調書

鹿児島市長 殿

私は、下記のとおり、処方補聴器(判定結果)の基準額を超える補聴器の購入を希望します。
それによって生じる差額は自己負担します。

| 区分 | 補聴器の名称 | | | 基準額(見積金額) |
|---|---|---|---|--|
| 処方補聴器 (判定結果) | <input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 骨導式 <input checked="" type="checkbox"/> イヤモールド | <input type="checkbox"/> ポケット型 <input checked="" type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 | <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | 本体金額 (43,900)円 イヤモールド (9,000)円 加算額 (3,174)円 デジタル補聴器調整加算 (2,000)円 合計 ① (58,074)円 * ①は基準額の上限 |
| 希望補聴器 | <input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 骨導式 <input type="checkbox"/> イヤモールド | <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input checked="" type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 | <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | 本体金額 (125,000)円 デジタル調整 (2,000)円 ()円 ()円 ()円 合計 ② (127,000)円 * この欄は、見積書の内容を転記する |
| 希望機種・メーカー・型式 〔 〇〇社製 A-A7 〕 JIS C 5512-2000による90dB最大出力音圧のピーク値 (<input type="checkbox"/> 140dB未満 <input type="checkbox"/> 140dB以上) JIS C 5512-2015による90dB最大出力音圧のピーク値 (<input checked="" type="checkbox"/> 130dB未満 <input type="checkbox"/> 130dB以上) | | | | |
| 処方補聴器(判定結果)の基準額を超える額(差額自己負担額) ② - ① | | | | (68,926)円 |

(処方補聴器(判定結果)の基準額を超える補聴器の購入を希望する理由)

- 例
- ・外見上、耳あな型を希望します。
 - ・デザインが好きなので、金額の高い補聴器を希望します。
 - ・性能が優れているとのことですので、グレードアップしたものを希望します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 〇〇市 〇〇丁目〇番〇号

氏名 〇 〇 〇 〇

* 必要添付書類

- 1 希望補聴器の見積書
- 2 希望補聴器のカタログ(機種名・金額・90dB最大音圧のピーク値の内容確認ができるもの)

(令和3年4月1日から適用)