

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。

令和 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「レ」を入れてください。

- 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。