（様式第11号）

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

　身体障がい者手帳において認定された障がい名と等級

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　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。