

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。