

人工内耳音声信号処理装置 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 _____
診療担当課 _____
作成医師氏名 _____

記

【患者情報】

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 年 齢 _____ 歳

身障手帳障害名と等級

_____ (____ 種 ____ 級)

【使用している人工内耳音声信号処理装置】

メーカー名 : _____

機 種 名 : _____

【確認項目】

以下に該当する場合はチェックを入れてください。

- ☐ 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。