

補聴器差額自己負担による機種変更説明書

1 判定を受ける処方機種と基準額について

※該当するものに○を付けてください。表にない場合はその他欄に御記入ください。

※見積額をご記入ください。

該当に○	処 方 機 種	見 積 額
	高度難聴用ポケット型(イヤモールドなし)	円
	高度難聴用ポケット型(イヤモールドあり)	円
	重度難聴用ポケット型(イヤモールドなし)	円
	重度難聴用ポケット型(イヤモールドあり)	円
	高度難聴用耳かけ型(イヤモールドなし)	円
	高度難聴用耳かけ型(イヤモールドあり)	円
	重度難聴用耳かけ型(イヤモールドなし)	円
	重度難聴用耳かけ型(イヤモールドあり)	円
	その他[]	[]円

2 機種を変更しなかった場合の自己負担額について

原則、補装具費(1の基準額+加算額)の一分割。

生活保護受給世帯と市町村民税非課税世帯は自己負担なし。

3 差額自己負担による機種変更を行った場合の修理について

修理申請の手続きをすることによって、判定を受けた処方機種に対応する修理基準の費用が支給されます。

差額変更した場合、修理基準額を超えた分の費用や基準にない部位の修理については自己負担となります。

平成 年 月 日

上記内容について説明を行いました。

会社名() 担当者名()

上記内容について説明を受け、差額自己負担による機種変更を希望します。

氏名(印)