

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 _____

作成医師名 _____

(自署又は記名押印)

記

【対象者】

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✓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。

