

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見積額について

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。
見積額を御記入ください。

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(見積額)の一角。

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、判定を受けた上記処方機種1
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箇所の
修理については自己負担となります。

令和 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)