

補装具費支給意見書・処方箋(人工内耳用音声信号処理装置の修理)兼確認票

氏名		男・女	生年 月日	MTSHR	年 月 日	歳
住所						
障害名	原因疾病名(難病等)に該当(<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)					
	(種 級)					
障がい・疾患等の状況						
人工内耳		手術日	医療機関名	メーカー	機種名	
	右	年 月 日				
	左	年 月 日				
修理対象耳	右・左・両		使用効果見込み			

上記のとおり意見、処方する。

【人工内耳音声信号処理装置 確認内容】

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。

【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。

年 月 日

所在地

医療機関名

診療担当科

作成医師氏名

印