（参考様式）

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　　　　　　　　　　　　　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。