様式第21号

**人工内耳用音声信号処理装置　確認票**

　　障害者総合支援法の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。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　診療担当課

作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　印 )

 (自署又は記名押印)

|  |
| --- |
| 記【患者情報】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。　　 |