

(書類判定用)

補装具費支給意見書・処方箋 兼 確認票

(人工内耳用音声信号処理装置の修理)

氏名					年	月	日生	
						(才)	
住所	福岡市 区				TEL - -			
医学的 診断	障がい名						(級)
	原因傷病名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日						
		障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特定の疾病(難病等)に該当 (する・しない)						
	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						
補装具	修理対象	右・左・両						
	使用効果見込							
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。								
<input type="checkbox"/> 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。								
<input type="checkbox"/> 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。								
<input type="checkbox"/> 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								
診療科名								
医師氏名								