

様式第2号の5表面（第4条関係）

重度障害者等日常生活用具給付意見書（人工内耳用音声信号処理装置）			
氏名	（ 年 月 日生）		
病名	（発生 年 月 日）		
用具の状況	人工内耳装用開始年月日	右	年 月 日
		左	年 月 日
	現在着用中の音声信号 処理装置装用時期	右	年 月 日
		左	年 月 日
身体 の 状況 等 （ 下 記 の 用 具 を 必 要 と す る 理 由 ）			
医療 保 険 が 適 用 さ れ な い 理 由			
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 該当の人工内耳用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"/> 該当の人工内耳用音声信号処理装置は医療保険の対象外となっている		
備 考			
上記のとおり日常生活において用具が必要である。 年 月 日 医療機関名 医師名			

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

様式第 2 号の 5 裏面（第 4 条関係）

注意

この意見書は、用具の種目である人工内耳用音声信号処理装置の給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないことがありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【人工内耳用音声信号処理装置の給付要件】

- ・ 障害内容、医師の意見書により給付が必要と認められるもの
- ・ 現に装用している人工内耳用音声信号処理装置が 5 年以上経過しているもの

【給付対象となる用具】

- ・ 人工内耳用音声信号処理装置

※ただし対象となる用具は、メーカーの保証期間外かつ医療保険および民間保険が適用されない場合で、医療機関及び購入業者より操作説明及び安全確認を受けたことが誓約書（様式第 1 3 号）により確認できるものに限る。