様式第１７号（第３１条関係）

人工内耳体外機給付意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | 男　女 | 年　　月　　日　生（　　　歳） | | | |
| 住　所 |  | | | | | | |
| 病　名 |  | | | | | | |
| 障害者  手　帳 | 手帳番号 | 第　　　　　号 | | | 交付年月日 | | 年　　月　　日交　付  年　　月　　日再交付 |
| 障害等級 | 種　　　　　級 | | |
| 現に装用している体外機 | | 会社名（メーカー名） | | | 機種名 | | |
| 現に装用している体外機の初回装用年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 人工内耳体外機の再給付に対する医療保険又は  動産保険適用の可否 | | １　可　　　　２　否 | | | | | |
| 人工内耳体外機を更新  する場合の効果 | | （具体的に記入してください。） | | | | | |
| 再給付後の体外機（予定） | | 会社名 | | | | 機種名 | |
| 防沫機能 | | | | １　有　　　２　無 | |
| 防水機能 | | | | １　有　　　２　無 | |
| 上記のとおり意見する。  年　　月　　日  病院又は診療所の名称  所　在　地  作成医師名 | | | | | | | |