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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |