

日常生活用具(人工内耳スピーチプロセッサ)助成対象者確認書

明石市長様

令和 年 月 日

(届出者) 住所

氏名

対象者
との関係

今回の申請に関し、以下のとおりであることを確認しました。

対象者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
現在の状況(該当する箇所を○で囲み、特に付記することがある場合、特記欄に記入してください。)			
① 現在人工内耳を装着していますか。		ア はい (現在装着しています。) イ いいえ (現在装着していません。)	
② 現在使用中の人工内耳スピーチプロセッサの修理ではありませんか。		ア はい (修理ではありません。) イ いいえ (修理です。)	
③ 今回、人工内耳スピーチプロセッサの給付申請をするにあたり、医療保険の対象とならないことを医療機関に確認しましたか。		ア はい (医療保険対象ではありません。) イ いいえ (医療保険対象となります。)	
④ 今回の人工内耳スピーチプロセッサの給付申請は、現在使用中のものの予備、いわゆる2具目の購入ではありませんか。		ア はい (予備ではありません。) イ いいえ (予備です。)	
⑤ 今回の人工内耳スピーチプロセッサの給付申請の理由は、故意・過失による損失ではありませんか。		ア はい (故意・過失はありません。) イ いいえ (故意又は過失がありました。)	
⑥ 人工内耳の任意保険に加入されていますか。		ア はい (加入しています。) イ いいえ (加入していません。)	
(特記欄)			