

日常生活用具（人工内耳体外部装置）助成対象者確認書

年 月 日

豊岡市長様

申請者

住所

氏名

印

(対象者との続柄)

今回の申請にあたり、下記の事項について相違ありません。

対象者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
-------	--	------	------------

現在の状況において、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体外部装置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、人工内耳体外部装置の給付申請をするにあたり、任意保険の対象にならないことを確認しましたか。	ア はい (任意保険対象ではありません) イ いいえ (任意保険対象となります)
④ 今回、人工内耳体外部装置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)
⑤ 今回の人工内耳体外部装置の給付申請は、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)
⑥ 今回の人工内耳体外部装置の給付申請の理由は、故意・過失による破損ではありませんか。	ア はい (故意・過失はありません) イ いいえ (故意または過失がありました)
(特記欄)	