

特例補装具費支給理由書

氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
補装具の名称		型式	
処 方			
補装具の価格 (消費税を除く)		基準価格	
		超過額	
現在のご本人 の 状 況	現在使用中の補装具について (補装具名、型式、使用状況、期間等)		
	困っている点について		
特例補装具費 支給の理由 (基準内では対応できない理由)	(必要性) (使用環境)		
備 考			

※添付資料 裏面参照

令和 年 月 日

市(町) 課
担当者 職氏名

添付書類

- ① 見積書
- ② 必要に応じて図面、写真、パンフレット等参考となるものを添付してください。
なお、図面は使用状況がわかる手書きのものでも可であり、調節機能があれば、その調節可能な幅等についても記入してください。

補聴器、FM システムの場合

上記①、②に加えて

- ③ 対象者への適合性を示すデータ
使用時と未使用時のデータで効果が判断できるもの
- ④ 基準内の他機種との比較データ
装用閾値を比較したオーディオグラム、言語の聴き取り検査結果、対象者の使用後に見られた変化等の観察結果など医師、言語聴覚士、特別支援学校教諭等が作成したもの