**補聴器差額自己負担による機種変更確認書**

名古屋市

耳あな型補聴器の補装具費支給については、①耳介の奇形などにより耳かけ型補聴器やポケット型補聴器の使用ができない方、②職業上の理由（ヘルメット着用）で耳かけ型補聴器が使用できない方等を対象としています。

上記の対象とならない方については、費用の差額を負担することで、耳かけ型またはポケット型から耳あな型に変更し、購入いただくことが可能となります。

費用の差額を負担して、耳あな型を購入される場合、以下についてご了承ください。

①補装具費支給が認められる補聴器は耳かけ型またはポケット型であること

②購入には費用の差額負担が発生すること

③修理費用の支給は耳かけ型またはポケット型の修理基準額までとなり（費用の差額負担が発生する場合がある）、耳あな型特有の修理は全額自己負担となること

④耳あな型補聴器を補聴器店で試聴し、聞こえに問題がないことを確認し、試聴時の状況を補聴器店の方に記入いただくこと

（試聴は名古屋市の補装具取扱登録業者で、言語聴覚士や認定補聴器技能者等の指導のもと行われるもの）

⑤内容を了承の上、この確認書に署名し、補装具費支給申請時に提出すること

|  |
| --- |
| （申請者記入欄）※以下の項目をご記入ください  年　　　月　　　日  上記内容について説明を受け、差額自己負担による機種変更を希望します。  氏　名（　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  記入者（　本人 ・　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| （補聴器店記入欄）※以下の項目をご記入ください  ・補装具業者・店舗名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・責任者（　　　　　　　　　 　　 　 ）  ・試聴日（　　　　年　　　月　　　日　 ）  ・専門家の指導（言語聴覚士・認定補聴器技能者・その他：　　　　　　　　）  ・聞こえの状況（良好・問題あり：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |