

耳かけ型・ポケット型補聴器を申請される方へ

補聴器差額自己負担による機種変更確認書

基本構造が同一の範囲（高度難聴用から重度難聴用への変更は不可）であれば、差額を自己負担することで、ご本人の希望によりデザイン・素材等を選択することが可能です。

費用の差額を自己負担して基準額より高額な補聴器や形状の異なる補聴器(RIC タイプ、耳あな型含む)を購入する場合には、以下について内容を確認し、署名の上、補装具費支給申請時にご提出ください。

1、確認事項

- (1) 補装具事業者から基準額の範囲内の補聴器について説明を行い、試聴した上で、基準額を超える補聴器の検討をして下さい。
- (2) 購入を希望している補聴器で補聴効果が得られるか確認をして下さい。
- (3) 原則として、補装具として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す。
- (4) 修理の際に支給される費用についても、耳かけ型またはポケット型の修理基準額が上限額となります。そのため、耳かけ型やポケット型の修理基準にない部分や修理基準額を超えた部分の費用については自己負担になります。

2、判定を受ける補聴器名称および購入基準上限額（見積額）

補装具名称		①補聴器	②イヤモールド	③6%	④デジタル調整加算	基準上限額(①+②+③+④)
高度難聴用	ポケット型	44,000 円	必要な場合は9,500円加算	①+②の6%分	必要な場合は2,000円加算	円
	耳かけ型	46,400 円				
重度難聴用	ポケット型	59,000 円				
	耳かけ型	71,200 円				

本人負担額＝基準上限額の原則1割（※1）＋差額自己負担額（※2）

※1 課税状況に応じて、負担上限月額が異なりますので、正式な額は「補装具費支給決定通知書」を確認して下さい。

※2 補装具事業者からご本人へ説明して下さい。

（補装具事業者記入欄）

上記の「1、確認事項」及び「2、基準上限額」について説明及び確認をしました。

令和 年 月 日

補装具事業者名（ ）担当者名（ ）

補聴器機種名（ ）

（申請者記入欄）

上記内容について確認・了承の上、差額自己負担による機種変更を希望します。

令和 年 月 日 氏名（ ）

【問い合わせ先】

横浜市障害者更生相談所

045-473-0666（代）