

様式第 2－2

日常生活用具・支給誓約書（人工内耳用音声信号処理装置）

年 月 日

豊橋市長あて

（申請者）

住所

氏名

印

日常生活用具・給付事業（人工内耳用音声信号処理装置）の申請にあたり、下記の事項について相違ないことを誓約いたします。

また、下記の事項と異なる事項があった場合、当該用具の給付等に要した費用の全部若しくは一部を返還いたします。

記

1. 当該用具は、民間会社等より民間保険（スピーチプロセッサ総合保険等）の給付による買い換えが適用されないものであることを確認しています。
2. 当該用具は、医療機関等より医療保険の給付による買い換えが適用されないものであることを確認しています。

以 上