

補装具費(補聴器)支給契約締結業者調査回答

新規 変更 (いずれかにチェック)

記入日		
業者名		
住所	〒 神戸市	
連絡先	担当者氏名	
	連絡先	TEL : e-mail : FAX :

1. 貴店舗※1について以下の質問にお答えください。

新規の場合は、全て記入してください。

変更の場合は変更箇所チェックし、変更箇所のみ記入してください。

<input type="checkbox"/>	① 貴店舗は認定補聴器専門店ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/>	② 貴店舗の認定補聴器技能者は何人ですか。	()人 注1
<input type="checkbox"/>	③ 貴店舗ではオーディオメータを用いた聴力測定を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
<input type="checkbox"/>	④ 貴店舗で購入前に試聴のために補聴器のレンタルができますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部補聴器のみできる <input type="checkbox"/> できない
<input type="checkbox"/>	④-2 「できる」又は「一部補聴器のみできる」場合、概ねどれくらいの期間ですか。	概ね()日
<input type="checkbox"/>	⑤ 貴店舗では補聴器効果測定※を実施していますか。 ※測定機器を用いた音場測定(振音及び語音)とします。	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
<input type="checkbox"/>	⑥ 貴店舗では対面による補聴器の調整ができますか。	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

注1 全ての項目について、貴店舗(上記住所の店舗)における状況を回答してください。

例えば、音場測定を本店では実施しているが、上記住所の店舗では実施していない場合は、「実施していない」になります。

注2 認定補聴器技能者の人数は常勤換算で記入してください。小数点第2位切り捨て。

公益財団法人テクノエイド協会のホームページで名前を公表されていない場合は、認定補聴器技能者カードの写しを添付してください。

裏面に続く

2. 調査項目のホームページ掲載について いずれかにチェックしてください。

公開する

公開しない →この場合、調査項目②から⑤について「非公開」と掲載します

【送付先】〒650-0016 神戸市中央区橘通3丁目4番1号 神戸市立総合福祉センター3階
神戸市障害者更生相談所 TEL 361-2340 FAX 361-2302