

○矢巾町難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱

平成25年4月1日

告示第69号

改正 平成27年12月25日告示第104号

平成29年5月26日告示第82号

(目的)

第1 この告示は、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度又は中等度の難聴児の補聴器購入費用の一部を助成することにより、言語の修得やコミュニケーションの向上を促進し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

(助成対象児)

第2 助成の対象となる者は、次の要件をすべて満たす18歳未満の児童（以下、「助成対象児」という。）とする。

- (1) 矢巾町内に住所を有していること。
- (2) 両耳の聴力レベルが、30デシベル以上70デシベル未満の者又は30デシベル未満の者であって医師が補聴器装用の必要を認めたもの。
- (3) 助成対象児の保護者（以下「申請者」という。）の属する世帯の構成員が市町村民税所得割額が46万円未満であること。
- (4) この要綱による助成を受けていないこと又は助成を受けた後別表に定める耐用年数を経過していること。（災害等助成対象児の責任によらない事情により亡失又はき損した場合を含む。）

(助成対象補聴器)

第3 助成の対象となる補聴器の種類及び基準価格は、別表のとおりとする。

2 助成の対象となる補聴器は、助成対象児の装用効果の高い側の耳に片耳装用するために必要な機器とする。ただし、町長が助成対象児の教育、生活等を勘案し必要と認めた場合は、両耳装用するために必要な機器とすることができる。

(助成金の交付額)

第4 助成金の交付額は、新たな補聴器の購入に要する経費又は耐用年数経過後に補聴器の更新に要する経費（以下「購入費」という。）と基準価格に100分の104.8を乗じて得た額とのいずれか少ない額に3分の2を乗じて得た額（当該得た額に1,000円未満の端数が生じた場合にあっては、これを切り捨てた額）とする。

(交付申請)

第5 助成金の交付を希望する申請者は、難聴児補聴器購入費助成金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて町長に申請するものとする。

(1) 障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項の規定による指定医療機関の医師又は身体障害者福祉法（平成24年法律第283号）第15条第1項の知事が定める医師が、助成対象児の聴力検査を実施した上で作成した難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（様式第2号）

(2) 前号の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した見積書

(交付決定等)

第6 町長は、第5の規定による申請があったときは、難聴児補聴器調査書（様式第3号）を作成し、必要性等を検討のうえ交付の可否の決定をするものとする。

2 町長は、助成金交付を行うことを決定した場合は、難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書（様式第4号）及び難聴児補聴器給付券（様式第5号。以下「給付券」という。）を申請者に、難聴児補聴器購入費助成金交付決定のお知らせ（様式第6号）を補聴器販売事業者に交付するものとする。

3 助成金を交付しないことを決定した場合は、難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（様式第7号）を、申請者に交付するものとする。

(補聴器購入)

第7 申請者は、交付決定後すみやかに、難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書に記載された補聴器販売事業者へ給付券を提出し、給付券に記載された利用者負担額を補聴器販売業者へ支払い、補聴器を購入するものとする。

(費用の請求)

第8 補聴器販売事業者は、給付券を受けて補聴器を販売した場合は、申請者の委任を受けて、当該補聴器の購入費から申請者が支払った利用者負担額を控除した額（以下「請求額」という。）を、難聴児補聴器購入費助成金請求書（様式第8号）に給付券を添えて町長に請求することができる。

2 町長は前項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、請求額を支払うものとする。

(補聴器の管理)

第9 補聴器の給付を受けた申請者は、補聴器を目的に反して使用し、譲渡し、交換

し、貸付し、又は担保に供してはならない。

2 町長は、申請者が前項の規定に違反した場合には、当該給付等に要した費用の全部又は一部を返還させることができる。

(台帳の整備)

第10 町長は、補聴器の交付の状況を明確にするため、難聴児補聴器購入費助成台帳(様式第9号)を整備するものとする。

(補則)

第11 この告示に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この告示は、平成25年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月25日告示第104号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則 (平成29年5月26日告示第82号)

この告示は、平成29年5月26日から施行する。

別表(第2、第3関係)

補聴器の種類	1台当たりの基準価格	基準価格に含まれるもの	耐用年数
軽度・中等度難聴用ポケット型	43,200円	① 補聴器本体(電池を含む) ② イヤーモールド (注) イヤーモールドを必要としない場合は、基準価格から9,000円を除く。	原則5年
軽度・中等度難聴用耳かけ型	52,900円		
高度難聴用ポケット型	43,200円		
高度難聴用耳かけ型	52,900円		
重度難聴用ポケット型	64,800円		
重度難聴用耳かけ型	76,300円		
耳あな型(レディメイド)	96,000円		
耳あな型(オーダーメイド)	137,000円	補聴器本体(電池を含む)	
骨導式ポケット型	70,100円	① 補聴器本体(電池を含む) ② 骨導レシーバー ③ ヘッドバンド	
骨導式眼鏡型	127,200円	① 補聴器本体(電池を含む) ② 平面レンズ	

	(注) 平面レンズを必要としない場合は、基準価格から1枚につき3,600円を除く。	
--	---	--

様式第1号（第5関係）

年 月 日

矢巾町長 様

申請者 住 所

氏 名 (印)

助成対象児との続柄 ( )

電 話 ( )

### 難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

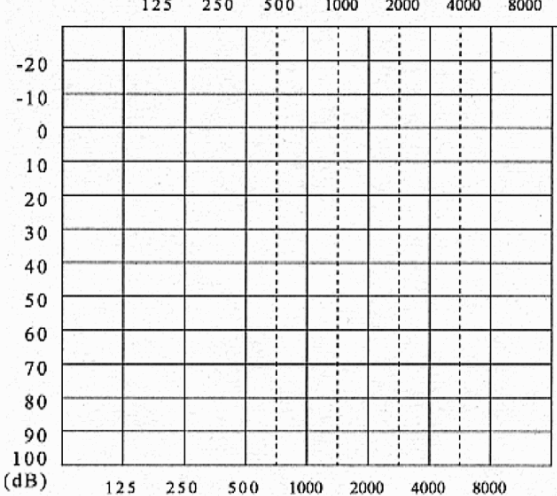
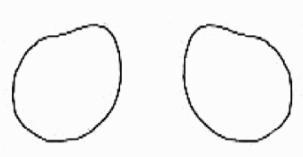
下記のとおり補聴器購入費の交付申請をいたします。

購入費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

助成対象児	住 所				
	フリガナ 氏 名	個人 番号			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
購入を希望する補聴器の種類					
補聴器販売事業者名	名 称				
	所在地				
	電 話				
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者総合支援法に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めています。				
最近5年間の補聴器の購入状況	右(有・無) 年 月 日 購入 左(有・無) 年 月 日 購入 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成事業による交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他				
備 考					

(A4)

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書

助成対象児 氏 名		男・女	年 月 日生 ( 歳)
住 所			
病 名			
聴力レベル (四分法)	右 dB 左 dB	オーディオグラム〔聴力検査 (CORを含む)〕 オーディオメーターの形式 _____	
補聴器の 種類 (処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 軽度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 中等度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 高度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> イヤーモールド (要・否) <input type="checkbox"/> 骨導式 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 平面レンズ (要・否) (右・左)  2. 補聴器装用による補聴効果 良・可・効果なし	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 周波数 (Hz) 125 250 500 1000 2000 4000 8000 	
		※気導・骨導朝食をご記入ください。 ABR 検査による閾値 ( 年 月 日 実施) 右:   dB 左:   dB ( 年 月 日 実施) 右:   dB 左:   dB	
現在まで状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入下さい。		鼓膜の状態 	
1. 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の知事が定める医師に限る。 2. 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片耳装用を原則とし、教育・生活等において真に必要と認めた場合は両耳装用とし2台とすることができる。 3. 対象は、両耳の聴力レベルが、30dB 以上 70dB 未満の者又は 30dB 未満の者であって医師が補聴器装用の必要を認めたもの。 4. 障害者総合支援法に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。			
上記のとおり補聴器装用の必要を認める。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師名 印			

難聴児補聴器調査書

助成対象児 氏名	(男・女)	年 月 日生 ( 歳)
住所		
病名		
<p>1 本人の生活状況</p> <p>(1) 生活場所</p> <p>ア 在宅</p> <p>イ 施設：施設名 ( ) 年 月 日より入所中</p> <p>ウ 入院：退院予定日 ( 年 月 日)</p> <p>(2) 生活状況</p> <p>ア 就労について <input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり (→具体的状況を記入 )</p> <p>イ 教育について <input type="checkbox"/> 現在は教育機関に在籍していない  <input type="checkbox"/> 在学中 (→具体的状況を記入 )</p> <p>2 補聴器の種類について本人の希望とその理由</p> <p><input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型</p> <p><input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型</p> <p><input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型</p> <p><input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型</p> <p><input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型</p> <p><input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型</p> <p><input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド)</p> <p><input type="checkbox"/> 耳あな型 (オーダーメイド)</p> <p><input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型</p> <p><input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型</p> <p>( )</p> <p>3 上記本人の希望に関して市町村の意見</p> <p><input type="checkbox"/> 妥当である</p> <p><input type="checkbox"/> 妥当でない→<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">本人に制度 (型や個数の制限) について説明のこと</span></p> <p>補足 ( )</p> <p>4 その他特記事項</p> <p>( )</p>		

年 月 日 担当者氏名

様式第4号（第6関係）

第 号  
年 月 日

様

矢巾町長



難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書

さきに申請のありました補聴器購入費助成金の交付について、次のとおり決定しましたので通知します。

住 所							
フリガナ 児童氏名				フリガナ 保護者氏名			
生年月日	年	月	日	性別		電話	
支給番号				交付決定日	年 月 日		
決定内容	補聴器の種類： 処 方：						
補聴器 販売 事業者	名 称						
	所在地						
	電 話						
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
備 考							

(A4)



様式第5号 (第6関係)

難聴児補聴器給付券			
支給番号		支給決定日	年 月 日
児童氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
保護者氏名		続 柄	
補聴器の種類			
処方			
補聴器販売事業者	名 称		
	所在地		
	電 話		
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
上記のとおり決定する。 年 月 日			
矢巾町長			印
受領	受領年月日	年 月 日	受領者氏名印
			年 月 日
矢巾町長 様			
(受任者) 住 所 _____			
業者名・代表者名 _____ 印			
電 話 _____			
委任状			
(委任者) は、補聴器購入費の請求及び受領を行うことを			
(受任者) に委任いたします。			
(委任者) 住所 _____			
氏名 _____ 印			

様式第6号（第6関係）

第 年 月 日 号

様

矢巾町長



難聴児補聴器購入費助成金交付決定のお知らせ

下記のとおり難聴児補聴器購入費助成金の交付を決定しましたので、難聴児補聴器給付券の提示がありましたら対応をお願いします。

住 所								
フリガナ 児童氏名			フリガナ 保護者氏名					
生年月日	年	月	日	性別		電話		
支給番号	第	号		交付決定日	年 月 日			
決定内容	補聴器の種類： 処 方：							
見積額			円	利用者負担額				円

(A4)

様式第7号（第6関係）

第 号  
年 月 日

様

矢巾町長



難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書

年 月 日に申請がありました交付申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

却下の理由

様式第8号 (第8関係)

年 月 日

矢巾町長 様

(請求者)

住 所

氏 名

㊞

難聴児補聴器購入費助成金請求書

次により、補聴器購入費を請求します。

記

- 1 請求金額 (公費負担額) 円
- 2 補聴器購入年月日 年 月 日
- 3 添付書類 給付券

受領方法	受 領 金 融 機 関 名	( ) 銀行・信用金庫・農協		
		( ) 本店・支店・支所・営業部		
	預 金 種 別 該当を○で囲む	1 普通	2 当座	
	支 店 番 号		口座番号	
	(フリガナ)			
口座名義人				

(A4)

難聴児補聴器購入費助成台帳

単位：円

申請受付 年月日	対象児童 氏名	生年月日	住 所	保護者氏名	支給 番号	支給決定 年月日	補聴器 の種類	装用耳	補聴器販売 事業者	助 成 対象額	利用者 負担額	引 渡 年月日	支 給 年月日	支給 金額	区分 (新規・更新)

- (注) 補聴器の種類
- (1) 軽度・中等度難聴用ポケット型
  - (2) 軽度・中等度難聴用耳かけ型
  - (3) 高度難聴用ポケット型
  - (4) 高度難聴用耳かけ型
  - (5) 重度難聴用ポケット型
  - (6) 重度難聴用耳かけ型
  - (7) 耳あな型（レディメイド）
  - (8) 耳あな型（オーダーメイド）
  - (9) 骨導式ポケット型
  - (10) 骨導式眼鏡型

様式第1号（第5関係）

（平27告示104・一部改正）

様式第2号（第5関係）

（平29告示82・一部改正）

様式第3号（第6関係）

様式第4号（第6関係）

様式第5号（第6関係）

様式第6号（第6関係）

様式第7号（第6関係）

様式第8号（第8関係）

様式第9号（第10関係）