

○御所市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱

平成26年1月27日

告示第13号

(目的)

第1条 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（以下「難聴児」という。）に対し、補聴器購入費の一部を助成することにより、難聴児の健全な発達を支援し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において「補聴器購入費」とは、別表に定める機種の補聴器を新たに購入する経費又は同表に定める耐用年数が経過した後に補聴器を更新する経費をいう。

(助成対象児)

第3条 この告示により補聴器購入費の助成を受けることができる難聴児（以下「助成対象児」という。）は、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 市内に住所を有すること。
- (2) 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満であること。ただし、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第59条第1項に定める指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科に関する医療）又は知事が別に定める医療機関の医師（以下「医療機関の医師」という。）が装用の必要を認めた場合は、この限りでない。
- (3) 補聴器の装用により言語の習得等に一定の効果が期待できるという医療機関の医師の判断があること。
- (4) 申請日の属する年度（以下「申請年度」という。）の前年度の3月31日時点で18歳未満であること。
- (5) 身体障害者手帳の交付対象とならないこと。

(助成対象外)

第4条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、助成の対象外とする。

- (1) 助成対象児の属する世帯の中に、申請年度（当該年度の市町村民税の賦課がされていない期間にあっては、前年度）の市町村民税所得割額が460,000円以上の者がいる場合
- (2) すでにこの告示による助成を受け、別表に定める当該助成を受けた補聴器の耐用年

数に相当する期間が経過していない場合

(対象補聴器)

第5条 助成の対象となる補聴器の種類、1台当たりの基準価格(以下「基準額」という。)及び耐用年数は、別表のとおりとする。

(助成金の算定基礎)

第6条 この助成金の算定基礎となる額は、補聴器購入費として市長が必要と認める額と基準額とを比較し、いずれか少ない方の額とする。

2 助成の対象となる補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用することを原則とする。ただし、教育上、生活上等真に必要と医療機関の医師が認めた場合は両耳に装用することができる。

3 前項ただし書の両耳装用の場合における助成金の算定基礎となる額は、左右それぞれの補聴器について第1項の規定により算出して得た額の合計額とする。

(助成金の交付額)

第7条 助成金の交付額は、前条に規定する算定基礎となる額の3分の2の額(1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。)とする。

(助成金の申請)

第8条 助成金の交付を希望する助成対象児の保護者(以下「申請者」という。)は、御所市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、市長に申請するものとする。

(1) 医療機関の医師が助成対象児の聴力検査を実施し交付した難聴児補聴器購入費助成金交付意見書(様式第2号。以下「意見書」という。)

(2) 前号の意見書により、補聴器の販売業者(以下「販売業者」という。)が作成した見積書

(3) その他市長が必要と認める書類

(所得審査等)

第9条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、調査書(様式第3号)を作成するとともに、助成対象児の属する世帯全員の所得状況等を調査し、第4条に規定する助成の対象外に該当しないこと等を確認するものとする。

(交付決定)

第10条 市長は、前条の審査により助成金の交付又は不交付を決定し、御所市難聴児補聴器購入費助成金交付(不交付)決定通知書(様式第4号)により申請者に通知するものと

する。

(補聴器の購入)

第11条 助成金の交付決定を受けた申請者（以下「交付決定者」という。）は、速やかに販売業者と契約を交わし、補聴器を購入するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第12条 前条の規定により補聴器を購入した交付決定者は、領収書を添えて、御所市難聴児補聴器購入費助成金請求書（様式第5号）により、市長に助成金の交付を請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、内容を審査の上、交付決定者に対し助成金を交付するものとする。

(代理受領)

第13条 市長は、前条の規定にかかわらず、交付決定者に交付する額の範囲内において、交付決定者の代わりに販売業者に対し助成金を支払うことができる。

2 市長は、前項の規定により助成金を支払う場合は、交付決定者に対し、御所市難聴児補聴器購入費助成券（様式第6号。以下「助成券」という。）を交付するものとする。

3 前項の交付決定者は、販売業者に助成券を引き渡し、自己負担額を支払い、補聴器を購入するとともに、代理受領に係る御所市難聴児補聴器購入費助成金支払請求書兼委任状（様式第7号。以下「請求書兼委任状」という。）により助成金の代理受領を委任するものとする。

4 前項の販売業者は、市長に請求書兼委任状及び助成券を提出し、助成金の支払を請求するものとする。

5 市長は、販売業者から請求書兼委任状及び助成券の提出があったときは、内容を審査の上、販売業者に対し助成金を支払うものとする。

(台帳の整備)

第14条 市長は、助成金の交付に当たり難聴児補聴器購入費助成台帳（様式第8号）を備え、必要な事項を記載するものとする。

(決定の取消し)

第15条 市長は、次の各号に該当するときは、助成金の交付決定を取り消すことができる。

- (1) 交付決定者が、虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき。
- (2) 交付決定者が、助成を受けた補聴器をその目的に反して使用し、譲渡し、貸与し、又は担保に供したとき。

(3) その他市長が補聴器の助成を不相当と認めるとき。

(助成金の返還)

第16条 市長は、前条の規定により助成の決定を取り消した場合は、既に交付した助成金の全部又は一部の返還を命じることができる。

(その他)

第17条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、告示の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

別表（第2条・第4条・第5条関係）

種目	種類	1台当たりの基準価格（円）	基準価格に含まれるもの	耐用年数
補聴器	軽度・中等度難聴用ポケット型	34,200	補聴器本体（電池を含む。） ※イヤーマールドが必要な場合は、	5年
	軽度・中等度難聴用耳かけ型	43,900	基準価格に9,000円を加算	
	高度難聴用ポケット型	34,200		
	高度難聴用耳かけ型	43,900		
	重度難聴用ポケット型	55,800		
	重度難聴用耳かけ型	67,300		
	耳あな型（レディメイド）	87,000		
	耳あな型（オーダーメイド）	137,000	補聴器本体（電池を含む。）	
	骨導式ポケット型	70,100	補聴器本体（電池を含む。） 骨導レシーバー ヘッドバンド	
	骨導式眼鏡型	120,000	補聴器本体（電池を含む。） ※平面レンズを必要とする場合は、 基準価格に1枚につき3,600円を加算	

(注) FM型受信機、オーディオシュー又はFM型ワイヤレスマイクを必要とする場合は、

次に掲げる額の範囲内で必要な額を加算することができる。

名称	1台当たりの基準価格（円）
FM型受信機	80,000
オーディオチュー	5,000
FM型ワイヤレスマイク（充電池を含む。）	98,000

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

御所市難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

御所市長 様

申請者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

助成対象児との続柄 _____


電話又はFAX番号 _____

御所市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり申請します。
なお、この申請に係る内容の審査に際し、各関係機関において私の世帯の住民登録状況、課税状況等の必要な情報を調査、照会及び閲覧することに同意します。

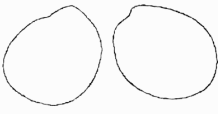
記

(フリガナ) 助成対象児氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	御所市			
助成対象児の 扶養義務者			続柄	
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、意見書（様式第2号）のとおり			
購入を希望する 業 者 名	名 称	所在地	電話番号	FAX 番号
身体障害者手帳の 申 請 の 有 無	有（ 年 月申請） ・ 無 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）に基づく給付を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。			
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	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金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 <input type="checkbox"/> その他	
助成金の 代理受領の有無	有 ・ 無			
備 考				

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (ABR・ASSR 検査用)

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)																																												
住 所																																															
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴 	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB																																													
補聴器の種類 (処方)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 耳かけ型 <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度難聴用 (右・左) ・ 高度難聴用 (右・左) ・ 軽度・中等度難聴用 (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ○ 耳あな型 <ul style="list-style-type: none"> ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) ○ 骨導式 <ul style="list-style-type: none"> ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) ○ その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ FM型受信機 (要・否) ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) (右・左) ・ オーディオシュー (要・否) (右・左) 	OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。																																													
現在までの補聴器装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)	COR (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
0																																															
10																																															
20																																															
30																																															
40																																															
50																																															
60																																															
70																																															
80																																															
90																																															
100																																															
補聴器使用による効果見込み																																															
現在までの障害の状況 (治療の内容、期間、経過)・意見を記入下さい。	※FM 型受信機・FM 型用ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合にはその医学的理由についてご記入ください。																																														
耳鼻疾患の有無及び障害の状況		※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する値を、各々 a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。 ※検査結果は検査方法に○を、直近 3 回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。																																													
1 意見書の記載は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 59 条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合は 2 台交付することができる。 3 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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。																																															
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 指定医療機関名 医師氏名 印																																															

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（オーディオメータ検査用）

氏 名		男・女	年 月 日生（ 歳）																																																												
住 所																																																															
障害の種類	・感音難聴 ・伝音難聴 ・混合性難聴		オージオグラム 聴力検査 オージオメータの型式 _____																																																												
聴 力	右	dB	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">周波数 Hz</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">500</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">1000</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">2000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">-20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">-10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">気導・骨導聴力をご記入下さい。</p>	周波数 Hz					500	1000	2000	-20				-10				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
	周波数 Hz																																																														
	500	1000		2000																																																											
-20																																																															
-10																																																															
0																																																															
10																																																															
20																																																															
30																																																															
40																																																															
50																																																															
60																																																															
70																																																															
80																																																															
90																																																															
100																																																															
	左	dB																																																													
○聴力は、500・1,000・2,000周波数の音に対する聴力レベル値を、各々a・b・cとし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。																																																															
補聴器の種類 (処 方)	○耳かけ型 ・重度難聴用（右・左） ・高度難聴用（右・左） ・軽度・中等度難聴用（右・左） イヤモールド（要・否）（右・左）																																																														
	○耳あな型 ・レディメイド（右・左） イヤモールド（要・否）（右・左） ・オーダーメイド（右・左）																																																														
	○骨導式 ・ポケット型（要・否） ・眼鏡型（右・左） 平面レンズ（要・否）（右・左）																																																														
	○その他 ・FM型受信機（要・否） ・FM型ワイヤレスマイク（要・否）（右・左） ・オーディオチュー（要・否）（右・左）																																																														
現在までの補聴器装用の有無 右（有・無） 左（有・無）		補聴器使用効果見込み <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>																																																													
現在までの障害の状況（治療の内容、期間、経過）・意見をご記入下さい。 ※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオチューを処方した場合にはその医学的理由についてご記入ください。		耳鼻疾患の有無及び障害の状況 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>																																																													
1 意見書の記載は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認められた場合は2台交付することができる。 3 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく支給を優先して受けるよう取り扱うこととする。 上記のとおり意見する。																																																															
年 月 日		所在地 指定医療機関名 医師氏名																																																													
		印																																																													

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者(保護者) 氏 名		
住 所						
(フリガナ) 助成対象児氏名			性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日生
世帯員 の 状 況	氏 名	年齢	対象児と の続柄	課 税 状 況		
			本人	課 税 区 分	市町村民税 所得割額(円)	
				課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯					
補聴器本体及び 付属品の種類	基 準 額	見 積 額	申請者 自己負担額	助 成 額		
上記のとおり確認しました。						
				年 月 日		
				調査者		
				氏名		
				印		

様式第4号（第10条関係）

第 号
年 月 日

御所市難聴児補聴器購入費助成金交付（不交付）決定通知書

様

御所市長



年 月 日付で申請のあった御所市難聴児補聴器購入費助成金については、下記のとおり決定しましたので、御所市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第10条の規定により通知します。

記

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日		
(フリガナ) 助成対象児氏名					
生年月日	年 月 日生（ 歳）				
住 所					
申請者 (保護者) 氏 名				続 柄	
補聴器の種類					
補聴器購入費	円	自己負担額	円	公費負担額	円
備考	* 不交付の場合の理由				

様式第5号（第12条関係）

年 月 日

御所市難聴児補聴器購入費助成金請求書

御所市長 様

申請者（保護者）

住所

氏名

㊦

助成対象児氏名

御所市難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱第12条第1項の規定により下記のとおり請求しますので、指定した金融機関に振り込んでください。

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 領収書

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
預金種別 (該当を○で囲む)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

様式第6号（第13条関係）

御所市難聴児補聴器購入費助成券			
交付番号	第 号	交付決定年月日	年 月 日
助成対象児氏名		生年月日	年 月 日生
住 所			
申請者（保護者） 氏 名		続柄	
補聴器本体及び 付属品の種類			
補聴器 販売 業者	名称		
	所在地		
	電話		
基準額	見積額	自己負担額	公費負担額
円	円	円	円
上記のとおり決定する。			
年 月 日			
御所市長			印
受 領	受 領 年月日	年 月 日	受領者 氏 名 印

様式第7号（第13条関係）

代理受領に係る
御所市難聴児補聴器購入費
助成金支払請求書兼委任状

御所市長 様

年 月 日付けで交付決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり自己負担額を支払いましたので、補聴器購入費の支払を請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器販売業者に委任します。

補聴器購入費又は基準額のいずれか低い額（A）	円
自己負担額（B）	円
請求額（A-B）	円

年 月 日

請求者兼委任者 住 所
氏 名

印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払については、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

受 任 者 所 在 地
(補聴器販売業者) 名 称
代表者氏名

印

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
預金種別 (該当を○で囲む)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

* この様式により難しい場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

様式第8号（第14条関係）

年 月 日

難聴児補聴器購入費助成台帳

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日		
(フリガナ) 助成対象児 氏 名					
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)				
住 所					
申請者(保護者) 氏 名				続柄	
申請者(保護者) 住 所					
補聴器本体及び 付属品の種類				装用耳	右・左・両耳
補聴器購入 年 月 日	年 月 日購入				
算定基礎額	円	自己 負担額	円	公費 負担額	円
補 聴 器 販 売 業 者	名 称 所在地				
備 考					

様式第1号（第8条関係）

様式第2号の1（第8条関係）

様式第2号の2（第8条関係）

様式第3号（第9条関係）

様式第4号（第10条関係）

様式第5号（第12条関係）

様式第6号（第13条関係）

様式第7号（第13条関係）

様式第8号（第14条関係）