

○一宮町難聴児補聴器購入費等助成金交付要綱

平成26年4月1日

告示第60号

改正 平成27年12月28日告示第62号

(目的)

第1条 この告示は、難聴児の健全な言語、社会性の発達を支援し、もって福祉の増進に資することを目的として、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児に対して、補聴器の購入（製作を含む。以下同じ。）に要する費用の一部を助成するために必要な要綱を定めることを目的とする。

(交付対象児)

第2条 助成金の交付対象児は、次の各号の全てを満たす18歳未満の難聴児とする。

- (1) 町内に住所を有する児。
- (2) 両耳の聴力レベルが原則として30dB以上70dB未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならない児。ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30dB未満の難聴児についても対象とする。
- (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医師が判断する児。

2 第1項に規定する児が、身体障害者手帳の交付対象となる可能性のある場合には、あらかじめ身体障害者手帳の交付手続を行うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、助成金の交付申請を行う月の属する年度（4月から6月にあっては前年度）における交付対象児又は世帯員のうち町民税所得割額の最多納税者の当該納税額が46万円以上の者がいる場合は、この事業の助成の対象外とする。

(対象補聴器)

第3条 助成の対象となる補聴器の名称、1台当たりの基準価格（以下「基準価格」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4条 この助成金の算定基礎となる額は、前条に規定する交付対象児（以下「対象児」という。）が新たに補聴器を購入する経費又は耐用年数経過後に補聴器を更新する経費（以下「購入費等」という。）として町長が必要と認める額と別表の「1台当たり基準価格」欄に掲げる額（以下「基準価格」という。）とを比較して少ない方の額とする。

2 補聴器は、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両側に装用することができるものとし、その場合の助成金の算定基礎となる額は、左右それぞれの耳について購入費等として町長が必要と認める額と基準価格とを比較して少ない方の額とする。

(助成金の交付額)

第5条 助成金の交付額は、前条に定める額の3分の2とする。

(交付申請)

第6条 助成金の交付を希望する対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書（別記第1号様式。以下「申請書」という。）に以下に掲げる書類を添えて、町長に申請するものとする。

- (1) 障害者自立支援法（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が、対象児の聴力検査（以下「検査」という。）を実施し交付した、難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書（別記第2号様式。以下「意見書」という。）
- (2) 前号の意見書に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書
- (3) 身体障害者手帳の交付の対象となる可能性のある難聴児については、第2条第2項の**手続による身体障害者手帳交付に係る却下決定通知書**（写）
- (4) 対象児の属する世帯全員の**所得証明書**
- (5) その他町長が必要と認める書類

(所得審査)

第7条 町長は、対象児の属する世帯全員の所得状況を調査し、第2条第3項の規定により対象外とならないことを確認するものとする。

(交付決定)

第8条 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等助成金交付決定通知書（別記第3号様式）を、却下することを決定した場合は、難聴児補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書（別記第4号様式）を、申請者に交付するものとする。

(決定の取消し)

第9条 町長は、次の各号に該当するときは、助成の決定を取り消すことができるものとする。

- (1) 虚偽又は不正の手段により補聴器購入費助成金を受けたとき。
- (2) 補聴器を助成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) その他補聴器の助成が不相当と町長が認めるとき。

(補聴器購入)

第10条 申請者は、交付決定後すみやかに、難聴児補聴器購入費等助成金交付決定通知書に記載された決定業者により、補聴器を購入するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第11条 前条により補聴器を購入した申請者は、難聴児購入費等助成金請求書（別記第5号様式）に領収書を添えて、町長に助成金を請求するものとする。

- 2 町長は、前項により請求があったときは、内容を審査の上、1台につき、基準価格の3分の2（1,000円未満切捨て。）を上限として助成金として交付するものとする。
- 3 町は、申請者の利便性を考慮し、第1項及び第2項の規定によらず、申請者に支給すべき額の限度において、申請者に代わり補聴器販売業者に支払うこと（代理受領）ができる。

(関係帳簿の整備)

第12条 町長は、補聴器購入助成費の支給に当たって、難聴児補聴器購入費助成事業支給決定簿（別記第6号様式）を備え、必要な事項を記載するものとする。

(その他)

第13条 別表の「耐用年数」欄に掲げる年数の取扱いについては、通常の装用状態において補聴器が修理不能となるまでの予想年数を示したものであり、補聴器を装用するものの年齢、生活の状況、又は障害の状況によっては、その実耐用年数には相当の長短が予想されるので、更新には実情に沿うよう十分に配慮する。また、災害等交付対象児の責任に拠らない事情により毀損等した場合は、新たに必要と認める補聴器の購入費等の一部を助成できるものとする。

- 2 装用者本人が希望するデザイン・素材等を選択することにより購入費等が基準価格を超える場合は、差額を本人が負担することとして助成の対象とすることとする。
- 3 この告示に定めのないものについては、厚生労働省社会・援護局障害福祉保健部長通知「補装具費支給事務取扱指針について」の別添「補装具費事務取扱指針」（平成18年9月29日障発第0929006号）に準ずるほか、必要な事項は町長が定める。

附 則

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日告示第62号）

（施行期日）

1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この告示の施行日の前までに、改正前の一宮町難聴児補聴器購入費等助成金交付要綱によりなされた手続きその他の行為は、改正後の同要綱によりなされたものとみなす。

別表

種目	名称	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	43,200	① 補聴器本体 （電池を含む）  ② イヤモールド ※イヤモールドを必要としない場合は、基準価格から9,000円を除くこと。	原則として5年
	軽度・中等度難聴用耳かけ型	52,900		
	高度難聴用ポケット型	43,200		
	高度難聴用耳かけ型	52,900		
	重度難聴用ポケット型	64,800		
	重度難聴用耳かけ型	76,300		
	耳あな型 （レディメイド）	87,000	① 補聴器本体 （電池を含む）	
	耳あな型 （オーダーメイド）	137,000		
	骨導式ポケット型	70,100	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		

			(電池を含む) ② 平面レンズ ※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。	
--	--	--	--	--


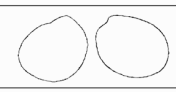
(注) FM型受信機、FM型用ワイヤレスマイク又はオーディオチューを必要とする場合は、次に掲げる額の範囲内で必要な額を加算できる。

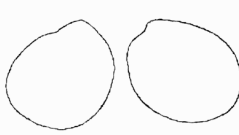
名称	1台当たりの基準価格 (円)
FM型受信機	80,000
FM型ワイヤレスマイク (充電電池を含む。)	98,000
オーディオチュー	5,000

(注) 業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の103に相当する額を基準の上限とする。

別記第1号様式（第6条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書															
申請日            年    月    日															
（あて先）一宮町長															
（申請者） 居住地 _____															
〒 _____ TEL _____															
氏 名 _____ 印 _____															
児童氏名 _____															
下記により補聴器購入費助成金の交付を申請します。 購入費助成金の交付審査のため、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、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。															
購入等を希望する補聴器の種類	別紙、補聴器交付意見書のとおり（様式第2号）														
購入等を希望する業者名	名称 所在地 電話番号														
交付対象児の扶養義務者名	_____		児童との続柄												
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td><td style="width: 12.5%;"> </td> </tr> </table>														
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※障害者総合支援法等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等助成金交付 <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	_____														

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書 (ABR・ASSR・OAE・COR検査用)			
氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)
住所			
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴	ABR・ASSR 閾値	
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無	( 年 月 日実施) 右 dB、左 dB
	左	有 ・ 無	( 年 月 日実施) 右 dB、左 dB
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 耳掛け型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 高度難聴用 (右・左) <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 (右・左) イヤモールド (要・否)  骨導式 ベビー型  FM型受信機 ( ) FM型用ワイヤレスマイク オーディオシュー  その他 ( )		OAE (TEOAE・DPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。 COR ( 年 月 日実施)
	2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)  3. 使用効果見込み   4. 概算額		 ( 年 月 日実施)
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			
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。			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名指定自立支援医療機関名 医師氏名 印			

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書																																																																											
氏名			男・女	年 月 日生( 歳)																																																																							
住所																																																																											
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		※ 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。																																																																								
聴力※	右	dB																																																																									
	左	dB																																																																									
補聴器装用効果	右	有 ・ 無		オーディオグラム 聴力検査 オーディオメーターの型式																																																																							
	左	有 ・ 無																																																																									
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 耳掛け型 ┌ 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)  骨導式  FM型受信器( ) FM型用ワイヤレスマイク オーディオシュー  その他( )  2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)  3. 使用効果見込み  4. 概算額		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">500</th> <th style="width: 15%;">1000</th> <th style="width: 15%;">2000</th> <th style="width: 5%;">Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>dB</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">※ 気導・骨導聴力をご記入下さい。</p>				500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110					dB				
	500	1000	2000	Hz																																																																							
0																																																																											
10																																																																											
20																																																																											
30																																																																											
40																																																																											
50																																																																											
60																																																																											
70																																																																											
80																																																																											
90																																																																											
100																																																																											
110																																																																											
dB																																																																											
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  																																																																								
<p>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に限る。</p> <p>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。</p> <p>3 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。</p>																																																																											
上記のとおり意見する。																																																																											
年 月 日 所在地 医療機関名 指定自立支援医療機関名 医師氏名 <span style="float: right;">印</span>																																																																											



別記第3号様式（第8条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付 決定通知書					
第 号					
年 月 日					
様					
一宮町長					
さきに申請のありました助成金の交付につきましては、次のとおり決定しましたので通知します。					
交付番号	第	号	交付決定 年 月 日	年	月 日
対象児童名					
対象とする 補聴器の種類				決定業者	
購入費等の額	円	自 己 負担額 ②	円	公 費 負担額 ③	円
① = ② + ③					
注 意 事 項	補聴器購入後はすみやかに、購入（製作）費請求書及び補聴器購入費等の領収書を提出ください。				

別記第4号様式（第8条関係）

難聴児補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書

第 号

年 月 日

様

一宮町長

年 月 日に申請がありました助成金の交付につきましては、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

却下した理由

難聴児補聴器購入費等助成金請求書

年 月 日

一宮町長

(請求者)

居住地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

補聴器に係る助成金を下記により請求します。

記

- 1 請求金額（公費負担額） \_\_\_\_\_ 円
- 2 補聴器購入等年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 3 添付書類 \_\_\_\_\_ 領収書

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		
	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			

難聴児補聴器購入費助成事業支給決定簿（ 年度）

番号	申請受付 年月日	児童氏名	生年月日	住所	申請者氏名	助成番号	助成決定 年月日	補聴器 の種類	装用 耳	補聴器業者 所在地・名称	算定 基礎額	利用者 負担額	公費負担額 支払年月日	公費 負担額

別記第1号様式（第6条関係）

別記第2—1号様式（第6条関係）

別記第2—2号様式（第6条関係）

別記第3号様式（第8条関係）

別記第4号様式（第8条関係）

別記第5号様式（第11条関係）

別記第6号様式（第12条関係）