

○袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付要綱

平成25年8月27日

告示第141号

(趣旨)

第1条 この要綱は、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度難聴児の健全な言語及び社会性の発達を支援するため、補聴器の購入(製作を含む。以下同じ。)に要する経費を、予算の範囲内で助成することについて、袖ヶ浦市補助金等交付規則(昭和49年規則第11号)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成の対象となる軽度・中等度難聴児(以下「対象児」という。)は、次に掲げる要件を全て満たす18歳未満の者とする。

- (1) 市内に住所を有する者
- (2) 両耳の聴力レベルが、原則として30デシベル以上70デシベル未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならない者。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ための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)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(以下「医師」という。)が装用の必要を認めたときは、30デシベル未満の者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者
- (4) この要綱に基づく助成を受けていない者。ただし、助成を受けて補聴器を購入した者であっても、次条に定める耐用年数を経過した場合は、この限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、対象児又は世帯員のうち、助成金の交付申請のあった月の属する年度(4月から6月までに申請する場合は前年度)における市町村民税所得割額の課税額が46万円以上の者がいる場合は、

助成の対象としない。

- 3 対象児が身体障害者手帳の交付の対象となる可能性がある場合は、あらかじめ身体障害者手帳の交付申請を行うものとする。

(対象補聴器)

第3条 助成の対象となる補聴器の種類、1台あたりの基準額（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4条 助成の対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）は、補聴器の購入に要する費用（以下「購入費」という。）と基準額を比較し、少ない方の額とする。

- 2 助成対象費用は、原則として装用効果の高い側の片耳装用分とする。ただし、教育及び生活のために市長が特に必要と認めるときは、両耳装用分とすることができる。

(助成対象費用の額)

第5条 助成の額は、助成対象費用の3分の2（1,000円未満の端数が生じるときは、これを切り捨てる。）とする。

(交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、袖ヶ浦市軽度・中等度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提出するものとする。ただし、申請者が、その属する世帯の世帯員の同意を得て市が保管する公簿等によって確認することができるものについては、これを省略することができる。

- (1) 医師が対象児の聴力検査を実施し交付した袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（様式第2号）。ただし、ABR、ASSR、OAE、COR各検査を行う場合は、袖ヶ浦市軽度・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）（様式第3号）とする。

- (2) 前号の意見書に基づき、補聴器販売業者（以下「販売業者」という。）
が作成した見積書
- (3) 第2条第3項に規定する手続を行った者については、身体障害者手
帳交付に係る却下決定通知書の写し
- (4) 対象児の属する世帯全員の所得証明書
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
(交付決定)

第7条 市長は、助成金の交付を行うことを決定したときは、袖ヶ浦市軽
度・中等度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
び袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成券（様式第5号。以下
「助成券」という。）を申請者に交付するものとする。

2 市長は、助成金の交付を行わないことを決定したときは、袖ヶ浦市軽
度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（様式第6号）
を申請者に交付するものとする。
(補聴器購入)

第8条 申請者は、助成金交付決定後速やかに、袖ヶ浦市軽度・中等度難
聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書に記載された決定業者から補聴
器を購入するものとする。
(助成金の請求及び支払い)

第9条 前条の規定により補聴器を購入した申請者は、袖ヶ浦市軽度・中
等度難聴児補聴器購入費助成金請求書（様式第7号）に領収書を添えて、
市長に助成金を請求するものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査のう
え、第5条に規定する助成金の額を申請者に支払うものとする。
(代理受領)

第10条 市長は、申請者の利便性を考慮し、申請者が助成金の受領を販
売業者に委任したときは、申請者に代わり販売業者に助成金を支払うこ
とができる。

2 助成金の受領を販売業者に委任しようとする申請者は、助成券を販売業者に引渡し、購入費から助成金の額を控除した額を当該業者に支払うものとする。

3 申請者から委任を受けた販売業者は、請求書に助成券を添えて、市長に請求するものとする。

(交付決定の取消し及び返還)

第11条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付の決定を取り消し、既に交付した助成金があるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(1) 虚偽又は不正の手段により助成金の交付の決定を受けたとき。

(2) 補聴器を助成の目的に反して使用し、譲渡、貸与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市長が認めるとき。

(委任)

第12条 この要綱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、平成25年10月1日から施行する。

附 則 (平成27年告示第257号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則 (平成28年告示第54号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

別表 (第3条関係)

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・中等度難聴用ボ ケット型	43,200	①補聴器本体 (電池を含む。)	原則と して5 年
	軽度・中等度難聴用耳	52,900	②イヤモールド	

かけ型		※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。
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	補聴器本体 (電池を含む。)
耳あな型 (オーダーメイド)	130,000	
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	①補聴器本体 (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えた額とする。

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、別表の基準価格の100分の103に相当する額を基準の上限とする。

様式第1号(第6条関係)

袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長

申請者(保護者)

住 所

電話番号

氏 名

印

(個人番号

)

対象児氏名

(個人番号

)

以下のとお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、調査・照会・閲覧することを承諾します。

氏 名

印

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	
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			

袖ヶ浦市軽度・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	オージオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式 _____																																																																	
	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></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>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> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">dB</p> ※ 気導・骨導聴力をご記入下さい。		500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500	1000	2000	Hz																																																																
0																																																																				
10																																																																				
20																																																																				
30																																																																				
40																																																																				
50																																																																				
60																																																																				
70																																																																				
80																																																																				
90																																																																				
100																																																																				
110																																																																				
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 意見書の記載は法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側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 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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 </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> 印 </div> </div>																																																																				

様式第4号(第7条関係)

袖ヶ浦市軽度・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

袖ヶ浦市長



先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
対象児氏名						
対象とする 補聴器の種類				決定業者		
購入費等 の額 ①=②+③	円	自 己 負担額 ②	円	公 費 負担額 ③	円	
注意事項	補聴器購入後は速やかに、購入費請求書及び補聴器購入費等の領収書を提出してください。					

様式第5号(第7条関係)

袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成券

対象児氏名		生年月日			
住 所					
申請者氏名		続柄			
住 所					
補聴器の種類					
補聴器業者	名 称				
	所在地				
	電 話				
基準額(①)	購入費(②)	算定基礎額(③) (①か②のいずれか 少ない方の額)	助成金の額 ③×2/3 1,000円未満切り捨て		
円	円	円	円		
上記のとおり決定する。					
年 月 日					
袖ヶ浦市長			印		
補聴器受領	受領年月日	年 月 日	受領氏名	印	本人の続柄
<p>袖ヶ浦市長 様 (受任者) 所在地</p> <p>事業者名 代表者名 電話番号 印</p> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p>(委任者) は、補聴器購入に係る助成金の請求及び受領の権限を (受任者) に委任します。</p> <p>委任者住所 氏名 印</p>					

様式第6号(第7条関係)

袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

袖ヶ浦市長



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

教示 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日から起算して3箇月以内に袖ヶ浦市長に対して審査請求をすることができます。

様式第7号(第9条関係)

袖ヶ浦市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書

年 月 日

袖ヶ浦市長

様

(請求者)

住 所 _____

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 3 貯蓄
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	