

○杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成事業実施要綱

(平成 25 年 9 月 6 日杵築市告示第 43 号)

改正 平成 26 年 4 月 1 日杵築市告示第 33 号 平成 27 年 12 月 28 日杵築市告示第 53 号
平成 28 年 3 月 31 日杵築市告示第 27 号

(目的)

第 1 条 この事業は、公的助成を受けられない軽度・中度の聴覚障がい児（以下「難聴児」という。）に対して補聴器購入費等を助成し、早期からの言語発達やコミュニケーション能力の獲得及び学力向上を支援することを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱において、用語の定義は次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 補聴器購入費等 新たに補聴器を購入する経費又は補聴器の修理に要する経費若しくは別表 1 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。
- (2) 保護者 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 6 条に定める者をいう。

(交付対象児)

第 3 条 助成金の交付対象児は、次の要件をすべて満たす 18 歳未満の難聴児とする。

- (1) 杵築市内に住所を有していること。
- (2) 両耳の聴力レベルが 30 dB 以上で、法令の規定に基づく補聴器の交付対象とならないこと。
- (3) 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。
- (4) 難聴児及びその属する世帯の他の世帯員の全てについて、補聴器の購入又は修理のあった月の属する年度（補聴器の購入又は修理のあった月が 4 月から 6 月までの間にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税の所得割の額が 46 万円未満であること。

(助成額)

第 4 条 助成額は、補聴器の種類に応じ別表 1 に定める価格欄の価格の 100 分の 104.8（別表 1（2）のうち、別表 2 に掲げる修理をする場合については 100 分の 108、国、地方公共団体、日本赤十字社、社会福祉法人又は一般社団法人もしくは一般財団法人の設置する補聴器製作施設が製作した補聴器を購入又は修理する場合については 100 分の 95）に相当する額と実際の補聴器購入費等の少ない方の額に 3 分の 2 を乗じた額を限度とし、算出された額に 1 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(交付申請)

第5条 助成金の交付を希望する交付対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に以下に掲げる書類を添えて、市長に申請するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する知事の定める医師が、交付対象児の聴力検査を実施した上で交付した意見書（別紙1）
- (2) 前号の意見書に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書
- (3) 補聴器の仕様書
- (4) その他市長が必要と認めるもの
(交付決定等)

第6条 市長は、交付申請の内容及び対象児の属する世帯全員の所得状況を審査し、助成金の交付又は却下を決定する。

2 市長が助成金を交付することを決定した場合は、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付決定通知書（様式第2号）を申請者に、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付決定のお知らせ（様式第3号）を決定業者へ交付し、却下することを決定した場合は、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付申請却下通知書（様式第4号）を、申請者に交付するものとする。

3 前項の規定により交付を決定した者には、併せて難聴児補聴器給付券（様式第5号。以下「給付券」という。）を交付するものとする。
(補聴器の購入)

第7条 前条第2項の規定による交付決定通知を受けた申請者は、速やかに杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付決定通知書に記載された決定業者に給付券を提出し、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8条 助成金の請求及び支払方法は次に定めるとおりとする。

- (1) 補聴器を購入した申請者は、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金請求書（様式第6号）に補聴器の購入に係る領収書を添えて、市長に請求するものとする。
 - (2) 補聴器を購入した申請者は、当該助成金の請求に係る権限を、補聴器を購入した決定業者に委任することができるものとする。
 - (3) 前号の委任を受けた決定業者は、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金請求書（様式第6号）に給付券を添えて、市長に請求するものとする。
- 2 市長は、前項第1号及び第3号の規定による請求があったときは、内容を審査のうえ、助成金を支払うものとする。

(補聴器の管理)

第9条 この事業により補聴器購入費等の助成を受けた者は、補聴器を目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付けし、又は担保に供してはならない。

2 市長は、補聴器購入費等の助成を受けた者が前項の規定に違反したと認める場合には、当該助成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。

(関係帳簿の作成)

第10条 市は、補聴器購入費等の助成状況を把握するため、杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成台帳（様式第7号）を整備するものとする。

(補聴器更新の特例)

第11条 別表1に定める耐用年数を経過する前に、この事業により補聴器購入費等の助成を受けた者の責に帰さない災害等の事情により補聴器が毀損した場合は、市長は新たに必要と認める補聴器の購入費の一部を助成できるものとする。

(その他)

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9月27日から施行する。

附 則(平成26年4月1日杵築市告示第33号)

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日杵築市告示第53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3月31日杵築市告示第27号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

別表

別表1、2

[別紙参照]

様式第1号

交付申請書

[別紙参照]

様式第2号

交付決定通知書

[別紙参照]

様式第3号

交付決定のお知らせ
[別紙参照]

様式第4号

交付申請却下通知書
[別紙参照]

様式第5号

補聴器給付券
[別紙参照]

様式第6号

助成金請求書
[別紙参照]

様式第7号

助成台帳
[別紙参照]

別紙1

意見書（6歳未満）
[別紙参照]

意見書（6歳以上）
[別紙参照]

別表 1

(1) 購入及び更新基準

補聴器の種類	付属品	価格 (円)	耐用 年数	備考
ポケット型	電池 イヤモールド	34,200	5	価格は電池、骨導レシーバー又はヘッドバンドを含むものであること。身体の障害の状況により、イヤモールドを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。 ダンパー入りフックとした場合は、240円増しとすること。 平面レンズを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる交換の額の範囲内で必要な額を加算すること。
耳かけ型		43,900		
耳あな型 (レディメイド)	電池 イヤモールド	87,000		
耳あな型 (オーダーメイド)	電池	137,000		
骨導式ポケット型	電池 骨導レシーバー ヘッドバンド	70,100		
骨導式眼鏡型	電池 平面レンズ	120,000		

備考

- 1 本表の価格は、医師の採型技術料を含まないものであること。
- 2 耐用年数は、通常の装用状態において、当該補装具が修理不能となるまでの予想年数を示したものであること。

(2) 修理基準

修 理 部 位	価 格 (円)	備 考
耳あな型シェル交換 (レディメイド)	6,300	
耳あな型シェル交換 (オーダーメイド)	26,400	
耳あな型スイッチ交換	3,150	
耳あな型テレホンコイル交換 (レディメイド)	8,400	
耳あな型テレホンコイル交換 (オーダーメイド)	12,700	
耳あな型極板交換	1,050	
耳あな型ボリューム交換 (レディメイド)	8,400	
耳あな型ボリューム交換 (オーダーメイド)	11,600	

耳あな型マイクロホン交換（レディメイド）	13,500	
耳あな型マイクロホン交換（オーダーメイド）	15,950	
耳あな型レシーバー交換（レディメイド）	14,200	
耳あな型レシーバー交換（オーダーメイド）	20,000	
耳あな型抵抗交換（レディメイド）	2,100	
耳あな型抵抗交換（オーダーメイド）	8,900	
耳あな型コンデンサ交換（レディメイド）	2,100	
耳あな型コンデンサ交換（オーダーメイド）	8,900	
耳あな型電池ホルダー交換（レディメイド）	1,050	
耳あな型電池ホルダー交換（オーダーメイド）	1,550	
耳あな型トリマー交換（レディメイド）	6,300	
耳あな型トリマー交換（オーダーメイド）	9,500	
耳あな型サスペンション交換	890	
耳あな型アンプ組立交換（レディメイド）	31,700	
耳あな型アンプ組立交換（オーダーメイド）	42,200	
耳かけ型ケース組立交換	2,500	
耳かけ型スイッチ交換	3,000	
耳かけ型テレホンコイル交換	2,550	
耳かけ型極板交換	980	
耳かけ型ボリューム交換	4,300	
耳かけ型マイクロホン交換	8,920	
耳かけ型レシーバー交換	8,900	
耳かけ型トリマー交換	1,900	
耳かけ型フック交換	410	
耳かけ型電池ホルダー交換	1,000	
耳かけ型耳栓組立交換	400	
耳かけ型サスペンション交換	640	
耳かけ型アンプ組立交換	20,200	
眼鏡型ケース組立交換	9,400	
眼鏡型スイッチ交換	3,450	
眼鏡型テレホンコイル交換	3,300	
眼鏡型極板交換	1,400	
眼鏡型ボリューム交換	3,900	
眼鏡型マイクロホン交換	13,900	
眼鏡型骨導子交換	16,400	
眼鏡型アンプ組立交換	23,100	
眼鏡型アンプ組立交換（送信用）	35,200	
眼鏡型アンプ組立交換（受信用）	54,700	

眼鏡型ブランク（空つる）交換	4,350	
眼鏡型テンプル（補助つる）交換	3,100	
眼鏡型フロント（前枠）交換	9,500	
眼鏡型平面レンズ交換	3,600	
ポケット型ケース組立交換	5,400	
ポケット型クリップ交換	1,200	
ポケット型スイッチ交換	3,500	
ポケット型テレホンコイル交換	1,350	
ポケット型極板交換	1,350	
ポケット型ボリューム交換	3,050	
ポケット型マイクロホン交換	5,400	
骨導式ポケット型レシーバー交換	10,500	
骨導式ポケット型ヘッドバンド交換	3,150	
ダンパー入り耳かけ型フック交換	640	
イヤモールド交換	9,000	
コンセント交換	830	
I C回路交換	4,550	
イヤホン交換	3,170	
コード交換	680	
トランジスター又はダイオード交換	2,050	
抵抗交換	2,050	
コンデンサ交換	2,050	
トランス交換	1,900	
オーディオチューナー交換	5,000	

備考

- 1 価格は、原則として1枚（個）当たりとすること。
- 2 部品交換の価格は、1回当たりとすること。

別表2

眼鏡型平面レンズ交換
骨導式ポケット型レシーバー交換
骨導式ポケット型ヘッドバンド交換
イヤホン交換

様式第1号

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付申請書				
申請日 平成 年 月 日				
杵築市長				
(申請者) 住 所 杵築市 氏 名 印 個人番号 電 話 対象児との続柄 ()				
下記のとおり補聴器購入費等の交付申請をいたします。 なお、購入費等助成金の決定のため、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、貴職が関係機関に調査・照会・閲覧する				
対象児	住 所			
	フリガナ 氏 名	(個人番号)		
	生年月日	年 月 日	性別	
購入を希望する補聴器の種類				
購入を希望する業者名		名称		
		所在地		
		電話		
見積額 (判定補聴器)		見積額 (希望補聴器) ※差額自己負担による機種変更を希望する場合		寄付金 その他収入額
円		円		円
身体障害者手帳の申請の有・無		有・無 ※他の法令等の規定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。		
最近5年間の補聴器の購入状況		右(有・無)平成 年 月 日購入 左(有・無)平成 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中度聴覚障がい児支援事業による交付 <input type="checkbox"/> 法令の規定に基づく補聴器の支給(法令名:) <input type="checkbox"/> その他		
備 考				

様式第2号

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付決定通知書			
第 _____ 号 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日			
様			
杵築市長 印			
先に申請のありました補聴器購入費等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	杵築市		
フリガナ 対象児氏名		フリガナ 保護者氏名	
生年月日	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日	性別	
支給番号	第 _____ 号	交付決定日	
決定内容	補聴器の種類： 処 方：		
決定業者	名称		
	所在地		
	電話		
購入費	寄付金 その他の収入額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
備考			

様式第3号

<p>杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付決定のお知らせ</p>			
<p>第 平成 年 月 日 号</p>			
<p>様</p>			
<p>杵築市長</p>			<p>印</p>
<p>下記のとおり杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金の交付を決定しましたので、杵築市軽度・中度聴覚障がい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。</p>			
住 所	杵築市		
フリガナ 対象児氏名		フリガナ 保護者氏名	
生年月日	平成 年 月 日	性別	電話
支給番号	第 号	交付決定日	
決定内容	補聴器の種類： 処 方：		
見 積 額	円	利用者負担額	円

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等交付申請却下通知書

第 平成 年 月 号
平成 年 月 日

様

杵築市長



平成 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を決定しましたので、通知します。

記

却下の理由

様式第 5 号

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器給付券				
支給番号	第	号	支給決定日	平成 年 月 日
対象児氏名			生 年 月 日	
住 所				
保護者氏名			続 柄	
補聴器の 種類				
処 方				
決定業者	名 称			
	所在地			
	電 話			
基準額	見積額	寄付金 その他の収入額	利用者負担	公費負担額
円	円	円	円	円
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日				
杵築市長				印
受 領	受 領 年月日	平成 年 月 日	受領者 氏名印	印
平成 年 月 日				
杵築市長		様		
(受任者) 住 所 _____				
業者名・代表者名 _____ 印				
電 話 _____				
委 任 状				
(委任者)		は、補聴器購入費等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

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金請求書

平成 年 月 日

杵築市長

様

(請求者)

住 所 杵築市

氏 名

印

次により、補聴器購入費等を請求します。

記

- 1 請求金額 (公費負担額) 円
- 2 補聴器購入等年月日 平成 年 月 日
- 3 添付書類 領収書又は給付券

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		
	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台帳

市町村名: _____

単位:円

支給番号	申請受付年月日	対象児童名	生年月日	住所地	保護者名	支給決定年月日	補聴器の種類	装用耳	補聴器購入事業者名	支給年月日	購入費等の額	助成対象額	利用者負担額	支給金額	区分 <small>(新規・更新)</small>	備考

- (注)補聴器の種類
- (1) ポケット型
 - (2) 耳かけ型
 - (3) 耳あな型(レディメイド)
 - (4) 耳あな型(オーダーメイド)
 - (5) 骨導式ポケット型
 - (6) 骨導式眼鏡型

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成台帳

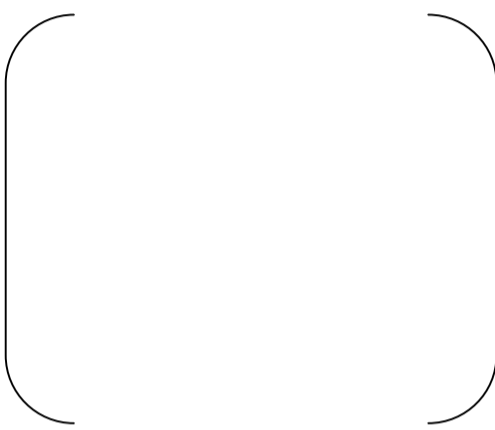
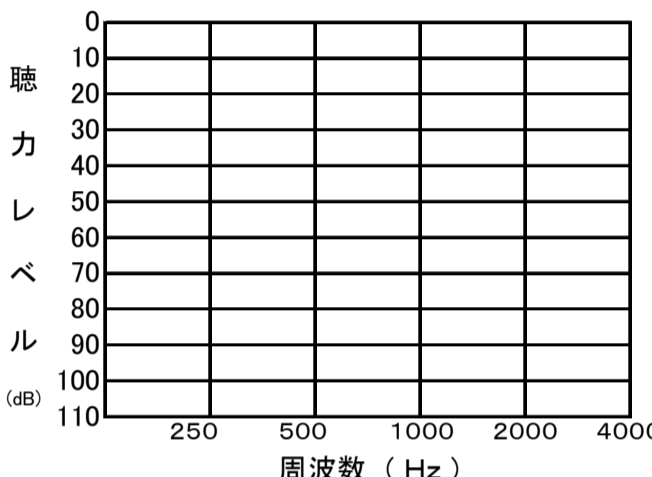
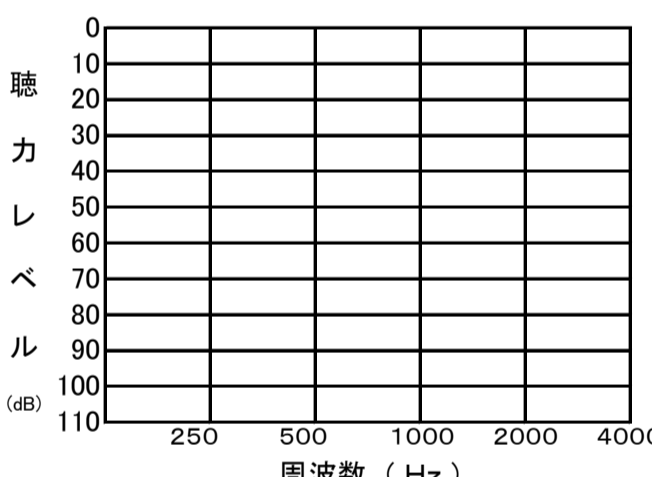
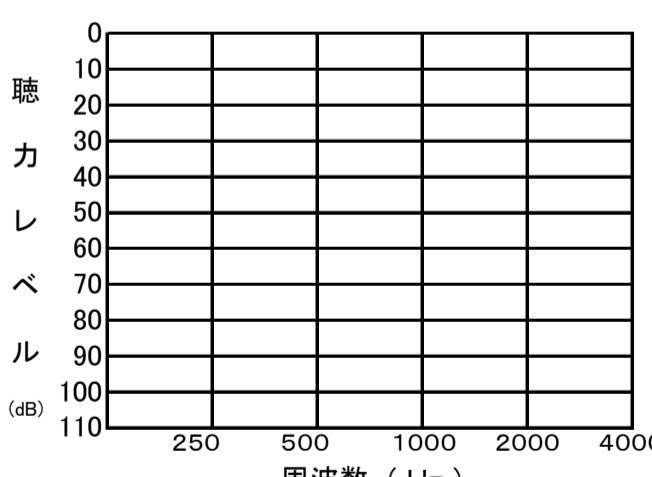
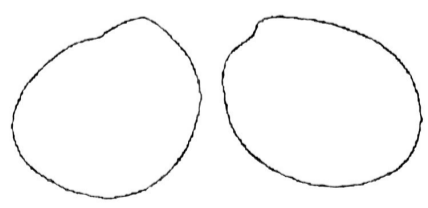
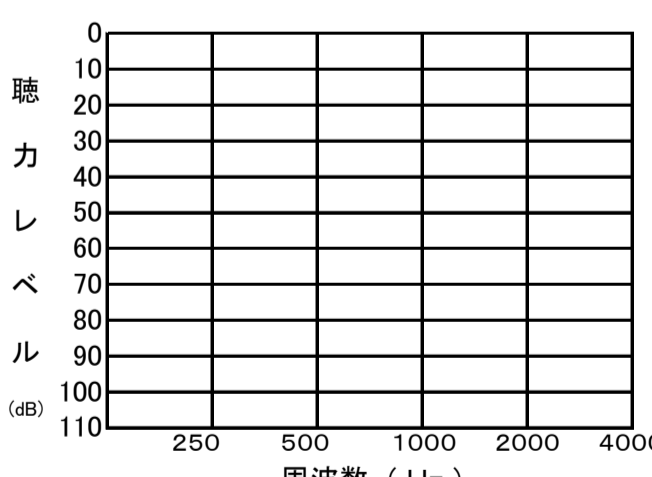
市町村名: _____

単位: 円

支給番号	申請受付年月日	対象児童名	生年月日	住所地	保護者名	支給決定年月日	補聴器の種類	装用耳	補聴器購入事業者名	支給年月日	購入費等の額	助成対象額	利用者負担額	支給金額	区分 (新規・更新)	備考

- (注) 補聴器の種類
- (1) ポケット型
 - (2) 耳かけ型
 - (3) 耳あな型 (レディメイド)
 - (4) 耳あな型 (オーダーメイド)
 - (5) 骨導式ポケット型
 - (6) 骨導式眼鏡型

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳未満)

氏名		男・女	H 年 月 日生(歳)
住所			
障がいの種類	<ul style="list-style-type: none"> 伝音性難聴 混合性難聴 感音性難聴 	ABR・ASSR閾値 (年 月 日ABR・ASSR)右	dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
補聴器の装用効果	右	有・無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
	左	有・無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
補聴器の種類 (処 方)	1. 補聴器の種類		(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
	耳かけ型 その他の型式() 理由 		COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。	装用耳(右・左・両) イヤーモールド(要・不要)		COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
	2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)		COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印

1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する知事の定める医師に限る。
 2 法令の規定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。
 平成 年 月 日
 所在地
 医療機関名
 医師氏名

印

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・ 杵築市内に住所を有していること。
- ・ 両耳の聴力レベルが30dB 以上で、法令の規定に基づく補聴器の交付対象とならないこと。
- ・ 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

補聴器の種類(処方)

40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・ 装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・ 意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・ 耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳掛け型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

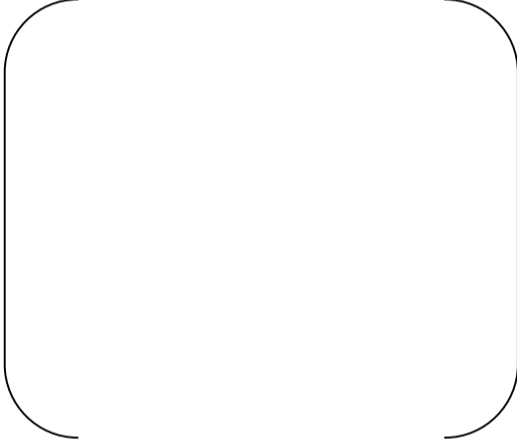
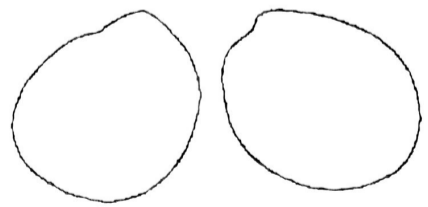
障がいの状況・意見

- (1) 中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2) その他、留意すべき事項もこの欄に御記入ください。

検査結果

- (1) 補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- (2) ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- (3) ASSR閾値は、周波数 500、1,000、2,000、4,000Hz 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。
- (4) 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。
- (5) 3回の検査の間隔は、最低でも1ヶ月空けてください。

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳以上)

氏名		男・女	H 年 月 日生(歳)
住所			
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		オーディオグラム 聴力検査 聴力純音・その他() (年 月 日実施) オーディオメーターの型式 _____
聴力	右		dB
	左		dB
補聴器の装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類		
	耳かけ型 その他() 理由 		
装用耳(右・左・両) イヤーモールド(要・不要)			
2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)			
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。		耳鼻疾患の有無及び障がいの状況 	
1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する知事の定める医師に限る。 2 法令の規定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。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印			

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

杵築市軽度・中度聴覚障がい児補聴器購入費等助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・ 杵築市内に住所を有していること。
- ・ 両耳の聴力レベルが30dB 以上で法令の規定に基づく補聴器の交付対象とならないこと。
- ・ 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

聴力

- ・ 気導・骨導聴力をご記入ください。

補聴器の種類(処方)

- ・ 原則両耳装用です。片耳装用の場合は、理由を記載してください。
- ・ 40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・ 装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・ 意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・ 耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- (1) 中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2) その他、留意すべき事項もこの欄を御利用ください。

検査結果

- (1) 補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。