

寒河江市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、難聴児の言語習得等の発達支援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して、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度及び中等度の難聴児に対して、補聴器の購入に要する費用の一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 補聴器購入費 新たに補聴器を購入する経費又は別表に定める耐用年数経過後に補聴器を更新する経費をいう。
- (2) 保護者 親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者をいう。

(支給対象者)

第3条 次の各号に掲げる要件をすべて満たす対象児の保護者とする。

- (1) 第7条に規定する支給申請の時点において18歳未満である者
- (2) 寒河江市内に居住していること。
- (3) 両耳の聴力レベルが、原則30dB以上70dB未満で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。ただし、30dB未満であっても医師が装用の必要を認めた場合は対象とする。
- (4) 補聴器の装用により、言語習得等一定の効果が期待できると医師が判断する者

(支給対象からの除外)

第4条 前条の規定に関わらず、次の各号のいずれかに該当する場合は助成対象外とする。

- (1) 対象児の保護者の属する住民基本台帳に登録されている世帯のうちいずれかの者について、助成金の交付申請を行う月の属する年度(4月から6月までの場合にあつては前年度)の市民税所得割の額が46万円以上である場合
- (2) 対象児が他の法令等に基づき補聴器購入の助成等を受けることができる場合

(対象補聴器及び助成基準額)

第5条 助成の対象となる補聴器の名称、1台当たりの基準額及び耐用年数は、別表のとおりとする。

(助成金の額)

第6条 補聴器の購入に係る助成金の支給額は、別表に定める基準額と補聴器購入経費として市長が必要と認める額とを比較して、いずれか少ない方の額に3分の2を乗じて得た額とする。ただし、算出した金額に1円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(支給申請)

第7条 この助成金の支給を希望する対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金支給申請書（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) 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）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身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の知事が定める医師が、対象児の聴力検査を実施した上で交付した軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給意見書（様式第2号。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) 対象児の保護者が属する世帯全員の市民税額を確認することができる書類
 - (4) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 2 前項第3号に規定する書類について、申請者の同意に基づき他の方法により確認することができる場合は提出を要しない。

(支給決定)

第7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3号）を作成するものとする。

2 市長は、前項の規定により作成した調査書により申請者世帯の市民税課税状況を確認するとともに、前条の規定により提出された申請書の内容について審査することとする。

3 市長は、前項の規定による審査の結果、助成金を支給することと決定したときは、軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金支給決定通知書（様式第4号）を、助成金を支給しないことと決定した場合は、軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金不承認通知書（様式第5号）を、申請者に交付するものとする。

(支給券の交付)

第8条 市長は、前条第3項の規定により、支給決定を行ったときは、申請者に対し、寒河江市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給券（様式第6号。以下

「支給券」という。)及び代理請求及び代理受領委任状(様式第7号。以下「委任状」という。)を交付しなければならない。

(補聴器等の購入)

第9条 第7条第3項の規定による支給決定を受けた対象児の保護者が、支給決定に基づき補聴器等を購入するときは、見積書を作成した補聴器販売業者(以下「販売業者」という。)において、補聴器等を購入する。

2 対象児の保護者は、販売業者から補聴器を受け取ったときは、受領年月日及び署名押印した支給券を販売業者に提出するものとする。

3 対象児の保護者は、前項の規定により補聴器を受け取る際に、委任状により販売業者に助成金の代理請求及び代理受領の委任を行うものとする。

(対象児の保護者の負担額の受領)

第10条 販売業者は、前条第2項の規定により、対象児の保護者から支給券の提出を受けるとともに、当該補聴器購入費から第6条に規定する助成額を控除した額の支払を受けるものとする。

(領収書の交付)

第11条 販売業者は、前条の規定により対象児の保護者から支払いを受けたときは、支払いを行った対象児の保護者に対し、領収書を交付しなければならない。

(助成金の交付及び請求)

第12条 市長は、第9条第3項の規定により対象児の保護者から委任を受けた販売業者からの請求に基づき、補聴器購入費に係る助成金を支給する。

2 販売業者は、前項の支給を受けようとするときは、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

- (1) 請求書
- (2) 支給券(様式第6号)
- (3) 委任状(様式第7号)
- (4) 保護者負担額の領収書控え(又は写し)

(助成金の支払い)

第13条 市長は、前条第2項の規定による販売業者からの請求を審査のうえ、支払うことが適当であると認めるときは、補聴器購入費助成金を当該販売業者に支給するものとする。

(調査)

第14条 市長は、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、販売業者又はその従業員その他事業に携わる者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は本市の職員に質問若しくは照会をさせることができる。

(支給決定の取消し及び不当利得の徴収)

第15条 市長は、対象児、申請者及び販売業者が次の各号のいずれかに該当するときは、支給決定の全部又は一部を取り消し、既に支給している助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

- (1) 偽りその他不正の行為により支給決定を受け、助成金の支給を受けたとき。
- (2) 助成を受けて購入した補聴器等を目的に反して使用し、譲渡し、貸付し、又は担保に供したとき。
- (3) 補聴器の助成が不相当と市長が認めるとき。

(支給台帳の整備)

第16条 市長は、軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給台帳(様式第8号)を整備するものとする。

(施行の細則)

第17条 この要綱に規定するもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年8月1日から施行する。

別表

補聴器の種類		1台(片耳) 当たりの基準額	基準額に含まれるもの	耐用 年数
ポケット型(軽度・中等度難聴用)		43,200円	①補聴器本体(電池を含む。) ②イヤモールド	5年
耳かけ型(軽度・中等度難聴用)		52,900円	(注)イヤモールドを必要としない場合は、左記の基準額から9,000円を減額した額を基準額とする。	
耳あな型(既製品)		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、左記の基準額から1枚につき3,600円を減額した額を基準額とする。	
FM型補聴器	FM型受信機	80,000円		
	ワイヤレスマイク(充電池含む)	98,000円		
	オーディオシュー	5,000円		

注1) 業者材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、基準額の100分の106に相当する額を上限とする。ただし、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。

注2) 修理費(成長に伴うイヤモールド交換を含む。)は対象外とする。

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金支給申請書

申請日 年 月 日

寒河江市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象者との続柄 ()

電 話

下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業費助成金の支給を申請します。
 本申請の支給決定のため、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。
 また、支給決定後に寒河江市外へ住所を変更した場合（ただし、県内に限る。）は、転出先の市町村に支給状況を引き継ぐことを承諾します。

対象者	住 所	寒河江市		
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	
購入を希望する補聴器の種類	補聴器の種類			
	装 用 耳	右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳		
	イヤモールド	不要 ・ 必要 (右 ・ 左 ・ 両耳)		
購入を希望する業者名	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。			
最近5年間の補聴器の購入状況	右 (有・無) 年 月 購入 左 (有・無) 年 月 購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入補助事業による支給 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具 (補聴器) の支給 <input type="checkbox"/> その他	生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関入院	
備 考				

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給意見書

氏名		男女	年月日()歳																																																																																																																																					
住所																																																																																																																																								
障がい名		聴覚障がい																																																																																																																																						
障がい・疾病等の状況		<p>【難聴の原因となる障がい・疾病名】</p> <input type="checkbox"/> 滲出性中耳炎 <input type="checkbox"/> その他(疾病名) <p>【補聴器装用の効果の見込み】</p> <input type="checkbox"/> 補聴器装用により言語習得等に一定の効果があると見込まれる。 <input type="checkbox"/> その他 <p>[]</p>																																																																																																																																						
聴力障害の状況・鼓膜所見	平均聴力レベル	右耳: dB	左耳: dB	オージオメータ形式:																																																																																																																																				
	聴力検査の結果	検査: 年月日		最高語音明瞭度: 右耳: _____% 左耳: _____%																																																																																																																																				
		<p style="text-align: center;">周波数(Hz)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td>125</td> <td>250</td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> <td>8000</td> </tr> <tr> <td>-20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			125	250	500	1000	2000	4000	8000	-20								-10								0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110								120								<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">鼓膜所見</td> </tr> <tr> <td>右耳</td> <td>略正常 異常</td> </tr> <tr> <td>左耳</td> <td>略正常 異常</td> </tr> </table>	鼓膜所見		右耳	略正常 異常
	125	250	500	1000	2000	4000	8000																																																																																																																																	
-20																																																																																																																																								
-10																																																																																																																																								
0																																																																																																																																								
10																																																																																																																																								
20																																																																																																																																								
30																																																																																																																																								
40																																																																																																																																								
50																																																																																																																																								
60																																																																																																																																								
70																																																																																																																																								
80																																																																																																																																								
90																																																																																																																																								
100																																																																																																																																								
110																																																																																																																																								
120																																																																																																																																								
鼓膜所見																																																																																																																																								
右耳	略正常 異常																																																																																																																																							
左耳	略正常 異常																																																																																																																																							
その他の所見	【注】耳あな型補聴器・骨導補聴器を処方する場合、外耳道・耳介の所見を具体的に記入願います。																																																																																																																																							

※【裏面も記入願います。】

調 査 書

申請年月日	年 月 日	申請者氏名	(続柄)			
受理番号	号					
対象者	住 所					
	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女		
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号			
世帯員の状況	氏 名	年 齢	対象者との続柄	課 税 状 況	備 考	
				課税区分	市民税所得割	
	非課税世帯	氏名	所得	障害年金	手当	合 計
			円	円	円	円
所得区分	1. 生活保護 2. 一般 3. 一定所得以上 (補助対象外)					
補聴器の状況	現在の使用状況	補聴器：(有・無) 使用部位：右耳・左耳・両耳 使用開始年月 (年 月～)				
	これまでの支給状況	種類：ポケット型・耳掛け型・耳あな型(既製品・オーダーメイド)・その他() いつでも・必要に応じて (1日あたり6-7時間以上・4-5時間・2-3時間)				
	今回の要望	種類：ポケット型・耳掛け型・耳あな型(既製品・オーダーメイド)・その他() 装用耳：右耳のみ・左耳のみ・両耳 イヤモールド：不要：必要 (右耳のみ・左耳のみ・両耳)				
補聴器の種類	基準額	見積額	利用者負担	公費負担		
合 計						
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者						

<p>軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金支給決定通知書</p>				
<p>第 _____ 号</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>				
<p>様</p>				
<p>寒河江市長 印</p>				
<p>さきに申請のありました補聴器購入費の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。</p>				
住所				
フリガナ氏名		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		
決定内容	補聴器の種類： 処 方 : (装用耳) 右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳 (イヤモールド) 無 ・ 有 (右・ 左・ 両耳)			
決定業者	名称			
	所在地			
	電話			
基準額	見積額	決定額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円	円
備考				

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金不承認通知書

第 号
年 月 日

様

寒河江市長



年 月 日に申請がありました支給申請については、下記の理由により不承認とすることに決定しましたので、通知します。

記

不承認の理由

様式第 6 号

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業支給券

支給番号	第	号	支給決定日	年	月	日
氏名			生年月日			
住所						
保護者氏名			続柄			
補聴器の種類						
処 方	(装用耳) 右耳のみ ・ 左耳のみ ・ 両耳 (イヤモールド) 無 ・ 有 (右 ・ 左 ・ 両耳)					
決定業者	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						
寒河江市長 印						
受領	受領年月日	年 月 日	受領者氏名			
			本人との関係 (続柄)			

※ 1 補聴器を購入するときは、この支給券を販売事業者へ必ず提示してください。

※ 2 補聴器を受け取ったときは、受領年月日及び受領者の署名捺印（朱肉印）をし、この支給券を販売事業者へ引き渡してください。

