

## 大津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第6条に基づく補装具費支給（以下「補装具費支給」という。）の対象とならない軽度・中等度の難聴児に対し、予算の範囲内において補聴器の購入又は修理に要する費用の一部を助成することにより、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する。

### (交付対象児)

第2条 この要綱による大津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる児童（以下「交付対象児」という。）は、次に掲げる要件をすべて満たす18歳未満の児童とする。

- (1) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条に規定する保護者（以下「保護者」という。）が大津市内に居住している児童（保護者が障害者総合支援法第19条第3項及び第4項に基づく支給決定（居住地特例）の対象となる大津市外の施設に入所しており、その前居住地が大津市内である場合を含む。）であること。
  - (2) 原則として両耳の聴力レベルが30dB以上70dB未満で、補装具費支給の対象とならない児童（滋賀医科大学医学部附属病院又は滋賀県立小児保健医療センターに所属する身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に基づく指定医師（以下「医師」という。）が装用の必要を認めた場合は、30dB未満の難聴児を含む。）であること。
  - (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童であること。
- 2 前項の交付対象児で18歳到達時まで当該事業の交付申請を行い、かつ、その後交付決定を受けたものについては、18歳に達した月の属する年度末まで補聴器の修理に要する助成の対象とする。

- 3 第1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月までにあつては前年度）における交付対象児又は世帯員のうち市民税所得割額の最多納税者の当該納税額が46万円以上の場合、この事業による助成の対象外とする。

### (対象補聴器)

第3条 助成金の交付の対象となる補聴器の名称及び1台当たりの基準価格（以下「基準価格」という。）は、別表のとおりとする。

### (助成金の算定基礎)

第4条 助成金の算定基礎となる額は、交付対象児が新たに補聴器を購入する経費、耐用年数経過後に補聴器を更新する経費又は修理費（以下「購入費等」という。）として市長が必要と認める額と別表の基準価格のいずれか少ない方の額とする。

- 2 補聴器の更新については、助成金の交付を希望する児童の保護者の申請に基づき、当該補聴器の耐用年数が経過したときに行うものとする。ただし、市長が特に必要と認めた場合はこの限りでない。
- 3 補助の対象となる補聴器は、装用効果の高い側の耳において装用する1台を原則とし、医師が特に必要と認めた場合は両側に装用する2台とすることができるものとし、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市長が必要と認める額と基準価格のいずれか少ない方の額とする。

(助成金の額)

第5条 助成金の額は、前条に定める額の3分の2とする。ただし、交付対象児の属する世帯が市民税非課税世帯の場合は、前条に定める額とする。

(交付申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする児童の保護者は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業助成金交付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)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) 医師が、交付対象児の聴力検査(以下「検査」という。)を実施し交付した軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書(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) 交付対象児の属する世帯全員の課税証明書
- (4) その他市長が必要と認める書類

(所得審査)

第7条 市長は、前条の申請があったときは、当該申請をした者(以下「申請者」という。)の属する世帯全員の所得状況を調査し、第2条に規定する要件を満たすかどうかについて確認を行うものとする。

(意見照会)

第8条 市長は、交付申請に係る対象補聴器の構造・機能等について、必要に応じ滋賀県身体障害者更生相談所に対し、軽度・中等度難聴児補聴器の適合に係る意見依頼書(様式第3号)によって意見を聴くことができる。

(交付決定)

第9条 市長は、申請者について、助成金を交付することを決定した場合は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業助成金交付決定通知書(様式第4号。以下「交付決定通知書」という。)及び軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業補聴器購入費・修理費支給券(様式第5号)を、却下することを決定した場合は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業助成金交付申請却下通知書(様式第6号)を、それぞれ当該申請者に交付するものとする。

(決定の取消し)

第10条 市長は、次に掲げる事由に該当するときは、助成金の交付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市長が認めるとき。

(補聴器購入)

第11条 助成金の交付の決定を受けた者（以下「交付決定対象者」という。）は、交付決定後速やかに、交付決定通知書に記載された県が定める要綱に基づき登録を行った業者（以下「登録業者」という。）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)

第12条 前条により補聴器を購入した交付決定対象者は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業助成金請求書（様式第7号）に領収書（明細を記したものを含む。）を添えて、市長に助成金を請求するものとする。

- 2 市長は、前項により請求があったときは、内容を審査の上、助成金（1円未満を切り捨てたものとする。）を交付するものとする。

(代理受領)

第13条 市長は、交付決定対象者の利便性を考慮し、前条の規定によらず、交付決定対象者からの委任に基づき交付決定対象者に支給すべき額の限度において、交付決定対象者に代わり登録業者に助成金を支払うことができる。

- 2 登録業者は、前項の規定により交付決定対象者に代わって助成金の支払を受ける場合は、補聴器を提供した際に、交付決定対象者から、販売等の価格より第5条に定める助成金の額を除いた額（利用者負担額）の支払を受けるものとする。
- 3 登録業者は、市長に対して第1項の助成金を請求する場合は、代理受領に係る補聴器購入費等支払請求書兼委任状（様式第8号）に軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業補聴器購入費・修理費支給券（様式第5号）を添えて請求するものとする。
- 4 市長は、前項により請求があったときは、内容を審査の上、助成金（1円未満を切り捨てたものとする。）を交付するものとする。

(不正利得の返還等)

第14条 市長は、登録業者が、偽りその他の不正の手段によって助成金の支給を受けたとき、又は関係法令等の規定に違反したときは、当該支給額の全部又は一部の返還を求めることができる。

(関係帳簿の整備)

第15条 市長は、助成金の支給に当たって、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業支給決定簿（様式第9号）を備え、必要な事項を記載するものとする。

(その他)

第16条 災害等交付対象児の責によらない事情により毀損等した場合には、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、差額を申請者が負担することとして助成の対象とするものとする。

3 この要綱に定めのないものについては、必要な事項は市長が別に定める。

#### 附 則

1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

2 この要綱中第2条の規定は、平成26年9月30日までの間に18歳に達した者で、同日までに第6条に基づく補聴器の購入又は修理に対する助成金の交付申請を行ったものについても適用するものとする。

別表

(1) 購入(更新)基準

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	高度難聴用ポケット型	34,200	①補聴器本体(電池を含む。) ②イヤモールド (注1)イヤモールドを必要とする場合は、基準価格に9,000円を加算することができる。	5年
	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	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	120,000	①補聴器本体(電池を含む。) ②平面レンズ (注2)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円を加算することができる。	
	特例補装具	別に定める額		

(2) 修理基準

補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第528号)別表に準ずることとし、(1)に該当する補聴器の修理のみ対象とする。ただし、FM補聴器は対象としない。

(上記補聴器支給の要件及び消費税等の取扱いについては、平成18年9月29日障発第0929006号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「補装具費事務取扱指針について」の別添「補装具費支給事務取扱指針」に準ずるものとする。)

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業  
助成金交付申請書

申請日 年 月 日

(宛先)  
大津市長

(申請者)  
居住地 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

大津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の交付について、次のとおり申請します。

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、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書のとおり (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		
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"/> 軽度・中等度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			

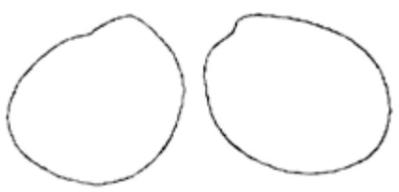
軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業 医師意見書

氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳)
----	--	-----	-------------

住所			
----	--	--	--

診断名	※4分法平均聴力を御記入ください。		
-----	-------------------	--	--

障害の種類	・伝音難聴 ・混合難聴 ・感音難聴	右耳	左耳
		聴力レベル	dB

鼓膜の状態			
-------	---	--	--

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) ポケット型 〔 重 度 難 聴 用 (右・左) 高 度 難 聴 用 (右・左) 骨導式 (ポケット型・眼鏡型) (右・左) 耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) (右・左) 特例補装具 ( ) (右・左) イヤモールド (右・左)	オージオメータの型式 _____																																																																																														
		検査日 ( 年 月 日) 125 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz <table border="1"> <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> </table> dB	0								10								20								30								40								50								60								70								80								90								100								110					
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)・意見を御記入ください。	
--------------------------------------	--

補聴器を必要とする理由及び具体的効果 (言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど) ※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用、耳あな型補聴器が必要な理由等を御記入ください。	※ 気導・骨導聴力を御記入ください。 ABR、ASSR などの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。 <b>【備考】</b>
--	--

- 意見書の記載は、滋賀県立小児保健医療センター・滋賀医科大学医学部附属病院に所属する身体障害者福祉法第15条指定医師に限る。
- 難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要と認めた場合、両耳装用として2台交付することができる。
- 当該児は、障害者総合支援法に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。

上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名	印
---	---

大 第 号  
年 月 日

## 軽度・中等度難聴児補聴器の適合に係る意見依頼書

滋賀県立リハビリテーションセンター 所長 様  
(滋賀県身体障害者更生相談所)

大津市長

下記の児童に対する補聴器の適合に係る意見を依頼します。

### 記

フリガナ 氏 名 ( 性 別 )	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 生 年 齡 ( 歳 か月 )
住 所	
依 頼 内 容	該当するものに○を付けること。 【 耳あな型補聴器 】 【 重度難聴用補聴器 】 【 特例補装具 】
備 考	

※医師意見書の写しを添付すること。



軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業  
助成金交付決定通知書

大 第 号

年 月 日

様

大津市長



年 月 日付けで申請のあった軽度・中等度難聴児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		自 己		公 費		
① = ② + ③	円	負担額 ②		円	負担額 ③	円
注 意 事 項	補聴器購入又は修理後は速やかに、購入（製作）費等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。					

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業

補聴器購入費・修理費支給券

支給番号			支給 決定日	
氏名			生年月日	
住所				
保護者氏名			続柄	
補聴器の型			修理部位	
処方				
補聴器業者	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

大津市長

補聴器の 受領	受領 年月日		受領者 氏名	Ⓜ	本人との 関係	
------------	-----------	--	-----------	---	------------	--

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業  
助成金交付申請却下通知書

大 第 号  
年 月 日

様

大津市長



年 月 日付で申請のあった軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金  
について、次のとおり交付しないことと決定したので通知します。

記

却下した理由

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業  
助成金請求書

年 月 日

(宛先)  
大津市長

(請求者)  
居住地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

年 月 日付け大 第 号で助成金の交付の確定のあった軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金について、次のとおり請求します。

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（明細を記したものを含む。）

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			

## 代理受領に係る補聴器購入費等支払請求書兼委任状

（宛先）

大津市長

年 月 日付け 大 第 号で軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業における支給決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の業者に委任します。

補聴器等基準額	円
利用者負担額	円
利用者負担免除額	円
補聴器購入費等請求額	円

年 月 日

請求者兼委任者 住所

難聴児の保護者 氏名

印

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

年 月 日

受任者  
（事業者） 住所  
名称

代表者氏名

印

※添付書類

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業補聴器購入費・修理費支給券（様式第5号）

