

○葛城市難聴児補聴器購入費助成金交付事業実施要綱

平成25年3月31日
告示第188号

(趣旨)

第1条 この告示は、身体障害者手帳の交付の対象とならない軽度・中等度の難聴児の補聴器購入費用の一部を助成することにより、健全な発達を支援し、よって福祉の増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において、「補聴器購入費」とは、別表に定める機種種の補聴器を新たに購入又は更新する経費をいう。

(助成対象)

第3条 本事業における補聴器購入費の助成を受けることができるのは、次の要件を全て満たす難聴児(以下「助成対象児」という。)とする。

- (1) 市内に住所を有する者
 - (2) 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満の者で、身体障害者手帳の交付の対象とならないもの
 - (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) 申請を行う年度(以下「申請年度」という。)の前年度の3月31日時点で18歳未満である者
- 2 前項に規定する助成対象児が、身体障害者手帳の交付の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。

(対象除外)

第4条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、この告示による助成の対象外とする。

- (1) 助成対象児又は助成対象児の属する世帯の他の世帯員の中に申請年度(当該年度の市町村民税の賦課決定がされていない期間にあっては、前年度)の市町村民税の所得割の課税額が46万円以上の者がいる場合
- (2) この告示による助成を受けてから、別表に記載する当該助成を受けた補聴器の耐用年数が経過していない場合

(対象補聴器)

第5条 助成の対象となる補聴器の名称、1台当たりの基準価格(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6条 この助成金の算定基礎となる額は、補聴器購入費として市長が必要と認める額と基準額とを比較し、いずれか少ない額とする。

- 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・生活上等真に必要なと医師が認めた場合は両耳に装用することができるものとする。この場合において、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前項の規定により算出して得た額の合計額とする。

(助成金の交付額)

第7条 助成金の交付額は、前条の規定により算出して得た額の3分の2(1,000円未満切り捨て)とする。

(助成の申請)

第8条 助成金の交付を希望する助成対象児の保護者(以下「申請者」という。)は、難聴児補聴器購入費助成金交付申請書(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) 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項に定める指定自立支援医療機関又は知事が指定した医療機関の医師が、助成対象児の聴力検査を実施し交付した、難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(ABR・ASSR検査用)(様式第2号)又は難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(オーディオメータ検査用)(様式第2号の2)(以下これらを「意見書」という。)
- (2) 前号の意見書に基づき、補聴器の販売業者(以下「販売業者」という。)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助成対象児については、第3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) 助成対象児の属する世帯全員の所得に関する証明書
- (5) その他市長が必要と認める書類(所得審査等)

第9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([様式第3号](#))を作成するとともに、助成対象児の属する世帯全員の所得状況を調査し、[第4条](#)に規定する助成の対象外に該当しないことを確認するものとする。

(交付決定)

第10条 市長は、[前条](#)の規定による審査の結果、助成金の交付又は不交付を決定し、難聴児補聴器購入費助成金交付(不交付)決定通知書([様式第4号](#)。以下「交付決定通知書」という。)により申請者に通知するものとする。

(決定の取消し)

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の交付を受けたとき。
- (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。

(助成金の返還)

第12条 市長は、交付決定者([第10条](#)の助成金の交付決定を受けた申請者をいう。以下同じ。)が[前条](#)の規定に反し、又は偽りその他不正の手段により助成を受けたときは、既に交付した助成金の全部若しくは一部の返還を命じることができる。

(補聴器の購入)

第13条 交付決定者は、助成金の交付決定後速やかに、販売業者において補聴器を購入するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第14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) [前条](#)の規定により補聴器を購入した交付決定者は、領収書を添えて、難聴児補聴器購入費助成金支払請求書([様式第5号](#))により市長に助成金を請求するものとする。
- (2) 市長は[前号](#)により請求があったときは、内容を審査の上、助成金を交付するものとする。

(代理受領)

第15条 [前条](#)の規定にかかわらず、市長は、交付決定者の利便性を考慮し、交付決定者に支給する額の範囲内において、助成金を交付決定者の代わりに販売業者に支払うことができる。

2 [前項](#)の規定により助成金を支払う場合は、市長は交付決定者に対し、交付決定通知書のほか難聴児補聴器購入費助成事業支給券([様式第6号](#)。以下「支給券」という。)を発行するものとする。この場合において、交付決定者は、速やかに販売業者に対し、難聴児補聴器購入費助成事業代理受領に係る補聴器購入費助成金支払請求書兼委任状([様式第7号](#)。以下「委任状」という。)及び支給券を引き渡すとともに自己負担額を支払い、補聴器を購入し、販売業者は、委任状に支給券を添えて、市長に提出するものとする。

3 市長は、販売業者から委任状及び支給券の提出があった場合には、提出された請求内容を審査の上、販売業者に助成金を支払うものとする。

(関係帳簿の作成)

第16条 市長は、助成金の交付に当たり難聴児補聴器購入費助成台帳([様式第8号](#))を備え、必要な事項を記載するものとする。

(その他)

第17条 [この告示](#)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4月1日から施行する。

附 則(平成27年告示第176号)抄

(施行期日)

第1条 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

(葛城市難聴児補聴器購入費助成金交付事業実施要綱の一部改正に伴う経過措置)

第21条 この告示の施行の際、[第22条](#)の規定による改正前の葛城市難聴児補聴器購入費助成金交付事業実施要綱の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則(平成28年告示第141号)

この告示は、公布の日から施行する。

別表(第2条、第4条、第5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・中等度難聴用ポケット型	34,200	補聴器本体(電池を含む) ※イヤーマールドが必要な場合は、基準価格に9,000円を加算	5年
	軽度・中等度難聴用耳かけ型	43,900		
	高度難聴用ポケット型	34,200		
	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		
	耳あな型(オーダーメイド)	137,000	補聴器本体(電池を含む)	
	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	補聴器本体(電池を含む) ※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	

(注)FM型受信機、オーディオチューン、FM型ワイヤレスマイク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することができる。

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

(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104.8に相当する額を基準の上限とする。

[様式第1号\(第8条関係\)](#)

様式第1号(第8条関係)

年 月 日

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

葛城市長 様

申請者(保護者)

住 所 _____
 氏 名 _____ 印 _____
 個人番号 _____
 助成対象児との続柄 _____
 電話又はFAX番号 _____

難聴児補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請に係る内容の審査に際して、私の世帯の住民登録状況、税務状況その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。また、個人番号の提供がない場合は、職員が検索し記載することに同意します。

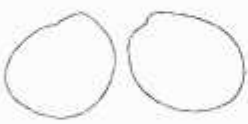
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
助成対象児氏名			
住 所	番地		
助成対象児の 扶養義務者氏名		続柄	
購入を希望する 補聴器の種類	別紙、意見書のとおり(様式第2号)		
購入を希望する 業 者 名	名 称 所在地 電話番号	FAX番号	
身体障害者手帳の 申請の有無	有(年 月申請) ・ 無 ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)に基づく給付を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 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助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の給付 <input type="checkbox"/> その他
備 考			

添付書類

- 1 医師が作成した意見書(様式第2号)
- 2 意見書(様式第2号)に基づき、補聴器の販売業者が作成した見積書



[様式第2号\(第8条関係\)](#)

様式第2号 (第8条関係)

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (ABR・ASSR 検査用)			
氏名		男・女	年 月 日生 (歳)
住所			
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴 	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付して下さい。	
補聴器の種類 (処方)	<input type="radio"/> 耳かけ型 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) (右・左) <input type="radio"/> 耳あな型 <ul style="list-style-type: none"> ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) <input type="radio"/> 骨導式 <ul style="list-style-type: none"> ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) <input type="radio"/> その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) ・ FM型受信機 (要・否) (右・左) ・ オーディオ (要・否) (右・左) 	COR (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (年 月 日実施) 周波数 Hz 500 1000 2000 聴力レベル dB 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
現在までの補聴器装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)		
補聴器使用による効果見込み			
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型ワイヤレスマイク・オーディオチューン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			
※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz 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。 ※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。			
1. 意見書の記載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知事が指定した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られた場合は2台交付することができる。 3. 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 指定医療機関名 医師氏名			

様式第2号の2(第8条関係)

様式第2号の2 (第8条関係)

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (オーディオマーク検査用)			
氏名			男・女
住所			
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴 		オーディオグラム 聴力検査 オーディオメータの型式 _____
聴力	右	dB	
	左	dB	
○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。			
補聴器の種類 (処方)	○耳かけ型		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) (右・左) 		
	○耳あな型		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) 		
○骨導式			
<ul style="list-style-type: none"> ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) 			
○その他			
<ul style="list-style-type: none"> ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) ・ FM型受信機 (要・否) (右・左) ・ オーディオチューン (要・否) (右・左) 			
			現在までの補聴器装用の有無 右 (有・無) 左 (有・無)
			補聴器使用効果見込み
			
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 型ワイヤレスマイク・オーディオチューン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知事が指定した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られた場合は2台交付することができる。 3 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に基づく支給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 指定医療機関名 医師氏名	
		印	

様式第3号(第9条関係)

様式第3号(第9条関係)

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者(保護者) 氏 名			
住 所		番 地					
(フリガナ) 助成対象児氏名				性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日生
世帯員 の 状 況	氏 名	年齢	対 象 児 と の 続 柄	課 税 状 況			
			本人	課 税 区 分	市町村民税 所得割額(円)		
				課税・非課税			
				課税・非課税			
				課税・非課税			
				課税・非課税			
				課税・非課税			
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯						
補聴器本体及び 付属品の種類	基 準 額	見 積 額	申請者負担額	助 成 額			
	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
	円	円	円	円			
上記のとおり確認しました。							
						年 月 日	
						調査者 職	
						氏名	印

様式第4号(第10条関係)

様式第4号（第10条関係）

第 年 月 日 号

難聴児補聴器購入費助成金交付（不交付）決定通知書

様

葛城市長 閣

年 月 日付けで申請のあった難聴児補聴器購入費助成金については、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日		
(フリガナ) 助成対象児氏名					
生年月日	年 月 日生（ 歳）				
住 所					
申請者 (保護者) 氏名				続 柄	
補聴器の種類					
補聴器購入費	円	自己負担額	円	公費負担額	円
備考	*不交付の場合、理由を記載すること。				

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60日以内に、葛城市長に対して異議申立てをすることができます。

[様式第5号\(第14条関係\)](#)

様式第5号(第14条関係)

年 月 日

難聴児補聴器購入費助成金支払請求書

葛城市長 様

請求者氏名 ㊟

助成対象児氏名 ㊟

標記の件について、下記のとおり請求しますので、指定した金融機関に振り込んでください。

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

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	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人		

[様式第6号\(第15条関係\)](#)

様式第6号(第15条関係)

難聴児補聴器購入費助成事業支給券			
交付番号	第 号	交付年月日	年 月 日
(フリガナ) 助成対象児氏名		生年月日	年 月 日生
住所	番地		
申請者(保護者) 氏名		続柄	
補聴器本体及び 付属品の種類			
補聴器販売業者	名称		
	所在地		
	電話		
上限額	見積額	自己負担額 (補聴器購入費又は上限 額のいずれか低い額の 1/3)	公費負担額
円	円	円	円
上記のとおり決定する。 年 月 日 葛城市長 印			
受領	受領 年月日	年 月 日	受領者 氏名
			印

様式第7号(第15条関係)

様式第7号(第15条関係)

難聴児補聴器購入費助成事業
代理受領に係る補聴器購入費助成金支払請求書兼委任状

葛城市長 様

年 月 日付けで交付決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり自己負担額を支払いましたので、補聴器購入費助成金の支払を請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器販売業者に委任します。

上限額 (A)	円
自己負担額: 補聴器購入費又は上限額のいずれか低い額の 1/3 (B)	円
請求額 (A-B)	円

年 月 日

請求者兼委任者 住 所
氏 名

Ⓜ

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

年 月 日

受 任 者 所 在 地
(補聴器販売業者) 名 称
代表者氏名

Ⓜ

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	
口座番号		
(フリガナ) 口座名義人		

[様式第8号\(第16条関係\)](#)

様式第8号（第16条関係）

年 月 日

難聴児補聴器購入費助成台帳

市町村名

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日	
(フリガナ) 助成対象児 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日生 (歳)			
住 所				
申請者(保護者) 氏 名			続柄	
申請者(保護者) 住 所				
補聴器本体及び 付属品の種類			装用耳	右・左・両耳
補聴器購入 年 月 日	年 月 日購入			
算定基礎額	円	自己負担額	円	公費 負担額 円
補 聴 器 販 売 業 者	名 称 所在地			
備 考				