

只見町軽度・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、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児の保護者に対し、補聴器の購入費等に要する費用の一部を予算の範囲内で助成することによって難聴児の言語の取得、教育等における健全な発達の支援及び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) 補聴器購入費等 新たに補聴器本体及び附属品（以下「補聴器」という。）を購入する経費、又は原則として耐用年数経過後に補聴器を更新、修理に係る経費をいう。
- (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。

(助成対象者)

第3条 助成の対象となる者は、次の各号に掲げる全ての要件を満たす児童（以下「対象児童」という。）の保護者とする。

- (1) 第7条に規定する助成申請の時点において18歳未満であること。
- (2) 只見町内に住所を有していること。
- (3) 両耳の聴力レベルが原則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対象とならないこと。ただし、30デシベル未満であっても医師が装用の必要を認めた場合は、この限りではない。
- (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いう医師の判断を受けていること。

(助成対象からの除外)

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、助成の対象としないものとする。

- (1) 対象児童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

あっては前年度)の市町村民税所得割の額が46万円以上である場合

(2) 対象児童が他の法令等に基づき補聴器購入費等の助成等を受けることができる場合

(助成基準額等)

第5条 助成の対象となる補聴器の種類、1台(片耳)当たりの基準額及び耐用年数は、別表に定めるものとする。

(助成額)

第6条 補聴器購入費等に対する助成額は、次の各号に定めるところとする。

(1) 購入及び更新においては、購入額と別表に掲げる基準額とを比較して、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、算出した額に1円未満の端数が乗じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(2) 修理においては、補聴器購入費等として町長が認める額と、「補装具の種類、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(平成18年厚生労働省告示第528号)」に規定する基準額を比較して少ない方の額に3分の2を乗じた額とする。ただし、算出した額に1円未満の端数が乗じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(助成申請)

第7条 助成金を希望する保護者(以下「申請者」という。)は、只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、町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項に規定する医師が、対象児童の聴力検査を実施した上で、作成した軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書(様式第2号。以下「意見書」という。)

(2) 意見書に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書

(3) 申請者が属する世帯全員の市町村民税所得割の額を確認することができる書類

2 前項第3号の書類は、申請者及び申請者と同一の世帯に属する世帯員の同意に基づき、他の方法による確認することができる場合は、その提出を要しない。

(助成決定)

第8条 町長は前条の規定による申請書の提出があったときは、補聴器購入費等助成に係る調査書(様式第3号。以下「調査書」という。)を作成するものとする。

2 町長は、前項の規定により作成した調査書により申請者が属する世帯の市町村民税の

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ものとする。

3 町長は、前項の規定による審査の結果、助成すると決定したときは、次に掲げる書類を申請者及び販売事業者に交付するものとする。

(1) 只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成決定通知書（様式第4号）

(2) 只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券（様式第5号。以下「助成券」という。）

(3) 只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成額代理受領委任状（様式第6号。以下「委任状」という。）

4 町長は、第2項の規定による審査の結果、助成しないことと決定した場合は、只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成却下決定通知書（様式第7号）を申請者に交付するものとする。

（補聴器の購入又は修理）

第9条 前条第3項の規定による助成の決定を受けた申請者（以下「助成決定者」という。）は助成金交付決定に基づき補聴器を購入、更新又は修理するときは、見積書を作成した販売事業者から購入等するものとする。

2 助成決定者は、販売事業者から補聴器を受け取ったときは、当該補聴器の受領年月日を記載し署名押印した助成券を、販売事業者に提出するものとする。

3 助成決定者は、前項の規定により補聴器を受け取る際に、委任状により販売事業者に助成額の代理請求及び代理受領の委任を行うものとする。

（代理受領）

第10条 販売事業者は、前条第2項の規定により、助成決定者から助成券の提出を受けたときは、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当該助成決定者より受けるものとする。

2 販売事業者は、前項の規定により助成決定者から支払を受けたときは、支払を行った助成決定者に対し、領収書を交付しなければならない。

3 販売事業者は、助成決定者に代わり、助成額の支払を受けようとするときは、町長が指定する請求書に、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。

(1) 助成券

(2) 助成決定者からの委任状

(3) 助成決定者が負担した額の領収書の控え又はその写し

(助成額の支払)

第11条 町長は、前条第3項の規定により販売事業者から助成額の支払の請求があったときは、その内容を審査のうえ、適当と認めるときは、助成額を当該事業者を支払うものとする。

(助成決定の取消し及び助成額の返還)

第12条 町長は、対象児童、助成決定者及び販売事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に支払った助成額の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

(1) 偽りその他の不正の行為により、助成の決定を受け、助成額の支払を受けたとき。

(2) 助成を受けて購入又は修理した補聴器を、目的に反して使用、譲渡、交換、貸付又は担保の用に供したとき。

(3) 購入費等の助成額が不相当と町長が認めるとき。

(その他)

第13条 この要綱の施行に関し、必要な事項は、町長が別に定める。

附則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

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）	150,000円	①補聴器本体（電池含む） ②イヤモールド	5年
耳かけ型 （軽度・中等度難聴用）			
耳あな型（既製品）			
耳あな型（オーダーメイド）		補聴器本体（電池含む）	
骨導式ポケット型		①補聴器本体（電池含む） ②骨導レシーバー ③ヘッドバンド	
骨導式眼鏡型		①補聴器本体（電池含む） ②平面レンズ	
耳かけ型FM型			
補聴器の修理	補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示528号）に規定する基準額		

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成申請書

只見町長 様

住 所
氏 名 ⑩
助成対象児童との続柄
()
電話番号

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、申請に伴い保護者及びその世帯員それぞれの住民登録情報並びに税情報に関して、交付、受領、閲覧する権限を委任します。

記

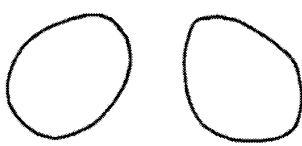
対象児童	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
購入・修理を希望する補聴器の種類	別添 軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業意見書のとおり（様式第2号）			
希望する補聴器業者	名 称			
	所 在 地			
	電話番号		F A X	

添付書類

- 1 只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書
- 2 補装具事業者が作成した見積書

様式第2号 (第7条関係)

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書

氏名		男女	生年月日	年 月 日 生	歳	
住所						
障害名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		
補聴器装用の効果の見 込	<input type="checkbox"/> 補聴器装用により言語習得や学業等に一定の効果があると見込まれる。 <input type="checkbox"/> その他 []					
聴 覚 障 害 の 状 況	聴力	右	dB	左	dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴				
	鼓膜の状況					
	聴力検査の 結果	【オージオメーターの型式】 → 				記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】					

裏面へ続く

必要とする補聴器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳		<input type="checkbox"/> 左耳		<input type="checkbox"/> 両耳	
		【両耳装用が必要な場合はその理由】					
	種類	<input type="checkbox"/> ポケット型		<input type="checkbox"/> 耳かけ型		<input type="checkbox"/> 耳かけ型FM型	
		<input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド)		<input type="checkbox"/> 耳あな型(オーダーメイド)			
		<input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型		<input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型			
※ 伝音性難聴者で、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							
注: ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能							
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由	耳あな型の対象者				
			○ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく、耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者				
			○ オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者				
			<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい				
<input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる							
<input type="checkbox"/> 頭部の不随運動等により、耳栓では脱落の恐れがある							
<input type="checkbox"/> その他（ ）							
使用効果見込							
上記のとおり意見します。							
年 月 日							
医療機関名							
所在地							
診療科名							
作成医師氏名							
印							

【記入上の留意事項】

1 意見書の記載は、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師に限る。

2 対象は、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の対象とならない者。ただし、医師が装用の必要を認めた場合は、30dB未満であっても対象とする。

様式第3号（第8条関係）

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成に係る調査書

申請年月日				申請者氏名					
対象児童	住 所								
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日				性別			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			
所得区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯で、世帯に所得割が46万円以上の者がいる→不可 <input type="checkbox"/> 上記以外（生活保護受給世帯、市町村民税課税世帯、世帯員全員が所得割46万円未満の世帯）→購入費の2/3を助成								
基準額		見積額		利用者負担額		助成額			
円		円		円		円			
用具名	基準額		見積額		利用者負担額		助成額		
	円		円		円		円		
合 計	円		円		円		円		
上記のとおり確認しました。 年 月 日 <p style="text-align: center;">調査者</p>									

様式第4号（第8条関係）

第 号
年 月 日

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成決定通知書

様

只見町長



年 月 日付けで申請がありました只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の支給申請等については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象児童	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
決定番号	第 号	決定年月日	年 月 日	
決定内容				
補聴器業者	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			
基準額	見積額	利用者負担額	助成額	
円	円	円	円	
備考欄				

様式第5号（第8条関係）

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券

支給番号		支給決定日			
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
住所					
保護者氏名		続柄			
助成となる補聴器					
補装具事業者	名称				
	所在地				
	電話番号				
基準額	見積額	利用者負担額	助成額		
円	円	円	円		
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">只見町長 印</p>					
判定検査	年 月 日	判定員職氏名	印		
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	印	本人との関係	

様式第6号（第8条関係）

年 月 日

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成額代理受領委任状

只見町長 様

委任者 住 所 _____
(助成決定者) 氏 名 _____ ⑩ _____
助成対象児童との続柄 _____

年 月 日付け 第 号で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、只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等
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事業者委任します。

記

補聴器購入費等（基準額）	円
自己負担額	円
公費負担額	円

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱について了承の上、上記の
受領の権限を受任しました。なお、支払については、指定の口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所 _____
受任者 名 称 _____
(補聴器制作業者) 代表者氏名 _____ ⑩ _____

様式第7号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

只見町長

印

只見町軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成却下決定通知書

年 月 日付けで申請がありましたことについて、審査の結果、下記の理由により助成しないことに決定しましたので通知します。

記

不支給の理由
