

**改正**

平成31年3月22日告示第16号

豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業実施要綱

(目的)

**第1条** この告示は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定による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（以下「難聴児」という。）に対し、補聴器購入費の一部を助成することにより、言語の習得、教育等における健全な発達を支援し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

**第2条** この告示において助成金の対象となる難聴児（以下「対象児」という。）とは、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 豊前市内に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第5条に規定する本市の住民基本台帳に記録されている者
- (2) 18歳に達する日以後の最初の3月31日までにある者
- (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の対象とならない者。ただし、医師が補聴器を装用することにより、言語の習得等に一定の効果があると認めるときは、この限りでない。

2 この告示において「医師」とは、次の各号のいずれかに掲げる者とする。

- (1) 身体障害者福祉法第15条第1項の医師（担当障害分野が聴覚障害の医師に限る。）
- (2) 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59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科を開設する医療機関に限る。）において、耳鼻咽喉に係る医療を主として担当する医師

3 この告示において「補聴器購入費」とは、新たに補聴器を購入する経費又は耐用年数経過後に補聴器を更新する経費をいう。

(助成対象の除外)

**第3条** 対象児の保護者の属する世帯の世帯員のうち、助成金の交付申請を行った月の属する年度（4月から6月までの間にあつては前年度）における市民税所得割額の課税額が46万円以上の者がある場合は、助成の対象から除外する。

(助成対象補聴器)

**第4条** 助成の対象となる補聴器の種類、1台当たりの基準価格及び耐用年数は、別表のとおりとする。

2 補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とする。ただし、医師の意見により市長が教育、生活上等真に必要と認めた場合は、両側に装用することができるものとする。

(助成金の算定基礎)

**第5条** 助成金の算定基礎となる額（以下「算定基礎額」という。）は、対象児が新たに補聴器を購入する経費又は耐用年数経過後に補聴器を更新する経費として市長が必要と認める額と別表1台当たりの基準価格欄に掲げる額を比較して少ない方の額とする。

2 前項の規定にかかわらず、前条第2項ただし書の規定により両側装用を助成の対象とする場合の算定基礎額は、それぞれの耳について前項の規定により算出した算定基礎額を合計した額とする。

(助成金の額)

**第6条** 助成金の額は、前条に規定する算定基礎額に3分の2を乗じて得た額（1円未満の端数があるときは、これを切り上げた額）とする。

2 対象児の属する世帯が生活保護世帯又は市民税非課税世帯である場合には、前項の規定に関わらず、助成対象経費の全額を助成金として支給するものとする。

(交付の申請)

**第7条** 助成金の交付を希望する対象児の保護者は、豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書（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) 豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書（様式第2号）
- (2) 補聴器の見積書
- (3) その他市長が必要と認める書類

(交付の決定)

**第8条** 市長は、前条の規定による申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、助成金を交付すべきものと認めたときは、速やかに助成金の交付の決定をするものとする。

2 市長は、前項の規定による審査の結果、助成金の交付の決定をしたときは、速やかにその決定の内容を、豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書（様式第3号。以下「決定通知書」という。）により助成金の交付の申請をした者（以下「申請者」という。）に通知するとともに、豊前市軽度・中等度難聴児補聴器給付券（様式第4号。以下「給付券」という。）

を決定通知書に記載した決定業者（以下「決定業者」という。）に交付するものとする。

- 3 市長は、第1項の規定による審査の結果、助成金を交付しないことを決定したときは、速やかに豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。

（補聴器の購入）

**第9条** 前条第2項の規定により交付の決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、速やかに決定業者から補聴器を購入するものとする。

- 2 交付決定者は、前項の規定により補聴器を購入するときは、補聴器購入費から第6条に規定する助成金の額を控除した額を決定業者に支払わなければならない。

（交付の請求）

**第10条** 交付決定者は、助成金の交付の請求を決定業者に委任するものとする。

- 2 決定業者は、豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書（様式第6号）に給付券を添えて、第6条に規定する助成金の額を市長に請求するものとする。

（決定の取消し）

**第11条** 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- （1） 偽りその他不正な手段により助成金の交付の決定又は助成金の交付を受けたとき。
- （2） 当該助成金の交付を受けて購入した補聴器を助成の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸与し、又は担保に供したとき。

（助成金の返還）

**第12条** 市長は、前条の規定による取消しを行った場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずることができる。

（委任）

**第13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、公布の日から施行する。

#### 附 則（平成31年3月22日告示第16号）

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

別表（第4条関係）

種類	一台当たりの基準 価格（円）	付属品	耐用年数
軽度・中等度難聴用ポケット型	34,200	電池	原則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		
骨導式ポケット型	70,100	電池 骨導レシーバー ヘッドバンド	
骨導式眼鏡型	120,000	電池 平面レンズ	

備考

- ・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、「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。以下「告示」という。）別表2に定める修理基準(5)その他（以下「修理基準」という。）の表に掲げる価格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価格の範囲内で必要な額を、また、矯正用レンズ又は遮光矯正用レンズを必要とする場合は、眼鏡の修理基準の表に掲げる価格の範囲内で必要な額を加算すること。
- ・重度難聴用耳かけ型でFM型受信機，オーディオシュー，FM型用ワイヤレスマイクを必要とする場合は，修理基準の表に掲げる価格の範囲内で必要な額を加算すること。
- ・デジタル式補聴器で，補聴器の装用に関し，専門的な知識・技能を有する者による調整が必

要な場合は2,000円を加算すること。

※業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、告示第3項及び第4項に規定された価格の算定方法を準用する。

様式第 1 号 (第 7 条関係)

豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

申請日 年 月 日

豊前市長

(申請者)

住所  
氏名

対象児との続柄( 印 )

電話

下記のとおり補聴器購入費の交付申請をいたします。

なお、購入費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・閲覧することを承諾します。

対象児	住所			
	フリガナ 氏名			
	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
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助成事業による交付 <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				

様式第2号 (第7条関係)



# 豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業医師意見書

氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	( 才 )
住所	電話番号 ( _____ )			
①原因疾病名 (病名)				
②疾病発生年月日	年 月 日			
③経過及び現症				
④新生児聴覚検査の結果	実施・未実施・不明	AABR・DPOAE	両Pass・両refer 片refer (右・左)	
⑤補聴器の種類 及び商品名等 ※処方する補聴器の 該当箇所に○	①補聴器の種類	軽度・中等度難聴用ポケット型	耳あな型 (レディメイド)	
		軽度・中等度難聴用耳かけ型	耳あな型 (オーダーメイド)	
		高度難聴用ポケット型	骨導式ポケット型	
		高度難聴用耳かけ型	骨導式眼鏡型	
		重度難聴用耳ポケット型		
	重度難聴用耳かけ型			
	② 装用耳	右耳	左耳	
	③ イヤモールド	要	不要	
	④ その他商品 (型式名等)			
⑥補聴器の必要性				
⑦使用効果見込み等 評価所見				
⑧その他参考とな る合併症				
上記のとおり診断する。				
年 月 日				
医療機関名		医師氏名 (自署)		
医療機関住所				
診療科名				

※本意見書を作成することができるのは、身体障害者福祉法第15条に規定する指定医師（聴覚障害）又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項に規定する医療を行う機関（耳鼻咽喉科を担当する医療機関に限る）において、当該医療を主として担当する医師のみです。

※この意見書は発行年月日時点の身体状況を示すものです。発行年月日以降で身体状況に変化があった場合は、記入医師にその旨ご相談ください。

1. 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

➔

【助成条件】両耳の聴力レベルがそれぞれ  
30dB以上70dB未満であること

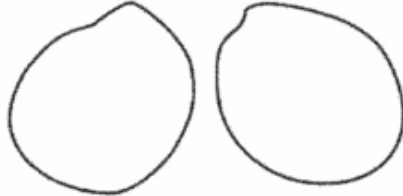
助成条件を満たしていないが、補聴器を給付する必要があると判断される場合、その理由を記入。

2. 障害の種類 (該当種類に○)

	伝音性難聴
	感音性難聴
	混合性難聴

3. 鼓膜の状態

(右)
(左)



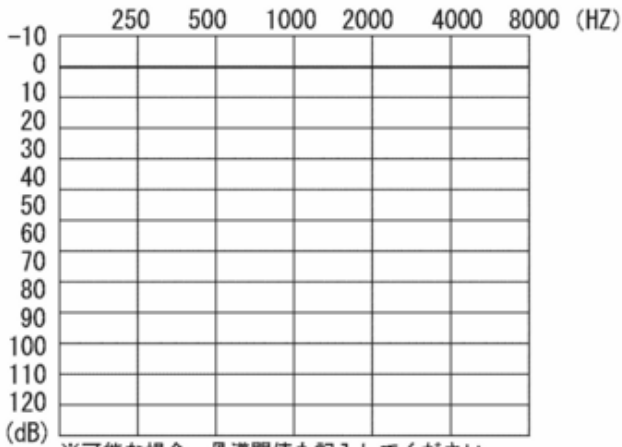
4. 聴力検査の結果

ア 純音・震音による検査

- 検査方法 ・BOA (聴性行動反応聴力検査)
- ・COR (条件詮索反応聴力検査)
- ・Play-audio (遊戯聴力検査)
- ・PTA (標準純音聴力検査)

イ 他覚的検査(参考)  
ABR・DPOAE等の検査結果を  
記入してください。

●オーディオメーターの型式 ( )



※可能な場合、骨導閾値も記入してください。

dB ( )

様式第3号 (第8条関係)

豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書

第 号

年 月 日

様

豊前市長



さきに申請のありました補聴器購入費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。

フリガナ 対象児氏名		フリガナ 保護者氏名	
生年月日	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:		
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4号 (第8条関係)

## 豊前市軽度・中等度難聴児補聴器給付券

支給番号	第 号	支給決定日	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
円	円	円	円
上記のとおり決定する。 年 月 日			
豊前市長			印
補聴器 受 領	受 領 年月日	年 月 日	受領者 氏名印
			年 月 日
豊前市長 様			
(受任者)住 所 _____			
_____			
業者名・代表者名 _____			
印			
電 話 (        ) - (        ) - (        )			
委 任 状			
(委任者)	は、補聴器購入費の請求及び収納を行うことを		
(受任者)	に委任いたします。		
(委任者)住所 _____			
氏名			印

様式第5号 (第8条関係)

豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書

第 号

年 月 日

様

豊前市長 印

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することに決定しましたので、通知します。

記

却下の理由



様式第6号（第10条関係）

豊前市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書

年 月 日

豊前市長 様

(請求者)

所在地  
業者名  
代表者

印

次により、補聴器購入費を請求します。

記

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

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			