

匝瑳市難聴児補聴器購入費助成金交付規則

(趣旨)

第1条 この規則は、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児の健全な言語及び社会性の発達を支援するため、当該軽度・中等度の難聴児に対して、補聴器の購入（製作を含む。以下同じ。）に要する費用（第4条第3項に定める耐用年数に相当する年数の経過後において補聴器を更新する場合に当該更新に要する費用を含む。以下「購入費」という。）の一部を助成するため、難聴児補聴器購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することに関し、匝瑳市補助金等交付規則（平成18年匝瑳市規則第66号。以下「交付規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 身体障害者手帳 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条第4項に規定する身体障害者手帳をいう。
- (2) 軽度・中等度の難聴児 次のいずれにも該当する者をいう。
 - ア 第7条の申請書を市長に提出する日において、18歳未満の者であること。
 - イ 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満の者又は医師が補聴器の装用の必要を認めた30デシベル未満の者であること。
- (3) 保護者 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をいう。
- (4) 医師 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54条第2項に規定する指定自立支援医療機関の医師をいう。

(交付対象児)

第3条 助成金の交付の対象となる者（以下「対象児」という。）は、次に掲げる

全ての要件を満たす軽度・中等度の難聴児とする。

- (1) 匝瑳市の区域内に住所を有し、かつ、匝瑳市の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 第7条に定める申請を行う前に、あらかじめ法第15条第5項の規定による通知を都道府県知事から受けた者であること。
- (3) 補聴器の装用により、言語の修得等に一定の効果が期待できると医師が判断する者であること。

2 前項の規定にかかわらず、第7条に定める申請を行った月の属する年度（当該申請を行った月が4月から6月までである場合にあっては、その前年度）における対象児又は対象児と同一の世帯に属する者のうち、地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第2号に規定する市町村民税の所得割（同法第328条の規定により課する所得割を除く。）の額（同法第314条の7並びに同法附則第5条の4第6項及び第5条の4の2第5項の規定による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算する。）が46万円以上の者がいる場合は、助成金の交付対象としない。

3 前項に規定する所得割の額を算出する場合には、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。以下この項において「扶養親族」という。）及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。以下この項において「特定扶養親族」という。）があるときは、同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。）に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。

（対象補聴器）

第4条 助成金の対象となる補聴器の名称及び1台当たりの基準価格は、別表のとおりとする。

2 助成金の対象となる補聴器は、装用効果の高い側の片側の耳に装用するための1台分とする。ただし、教育又は生活上医師が必要と認める場合は、両側の耳に装用するための2台分を助成金の対象とすることができる。

3 この規則による助成金の交付を受けて補聴器を購入した場合は、購入した日から5年（次条第1項において「耐用年数」という。）を経過しなければ、新たに助成金を受けることができない。ただし、災害等の対象児の責めによらない事情により毀損等した場合又は対象児の年齢、生活状況若しくは障害の程度を勘案し、市長が助成を必要と認める場合は、この限りでない。

（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、補聴器1台分の購入費と別表に定める1台当たりの基準価格に掲げる額に100分の103を乗じて得た額（以下「基準額」という。）を比較していずれか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る場合の算定基礎額は、補聴器2台分の購入費と補聴器2台分の基準額を比較していずれか少ない方の額とする。

（助成金の交付額）

第6条 助成金の交付額は、前条に定める算定基礎額に3分の2を乗じて得た額（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額）とする。

（交付申請）

第7条 交付規則第3条の規定により助成金の交付を受けようとする対象児の保護者（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（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

（1） 医師が、対象児の聴力検査（以下「検査」という。）の実施後に交付した難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（第2号様式）又は当該検査がABR・ASSR・OAE・COR検査の場合は、難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR・OAE・COR検査用）（第3号様式）（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） 法第15条第5項の規定による通知の写し

（4） 対象児及び対象児と同一の世帯に属する者の市町村民税の課税証明書（本条に定める申請書において、申請者、対象児及び世帯員の全員が関係機

関に対する税務資料等の閲覧等を行うことについて承諾をした場合を除く。)

(5) 前各号に定めるもののほか、市長が必要と認める書類

(交付決定)

第8条 交付規則第4条の規定により、市長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかに申請書の内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、助成金の交付を決定した場合は難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書（第4号様式）により、助成金の交付を却下した場合は難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（第5号様式）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 前条の規定により助成金の交付決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、交付決定後速やかに難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書に記載された決定業者（以下「決定業者」という。）から補聴器を購入するものとする。

(助成金の請求)

第10条 前条の規定により補聴器を購入した交付決定者が、交付規則第15条の規定により助成金の交付を請求しようとするときは、難聴児補聴器購入費助成金交付請求書（第6号様式）に補聴器を購入した決定業者が発行した領収書を添えて、市長に提出するものとする。

(代理受領)

第11条 交付決定者は、補聴器を購入した決定業者に助成金を受領させることができる。この場合において、当該交付決定者は、前条の請求書の提出時に、難聴児補聴器購入費助成金代理受領委任状（第7号様式）を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求書の提出があったときは、交付決定者に交付すべき助成金の額を限度として、助成金を決定業者に支払うものとする。

3 前項の規定により助成金の支払がなされた場合は、交付決定者に対し助成金の交付を行ったものとみなす。

(交付決定の取消し等)

第12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認めるときは、助成金の交付決定の全部又は一部を取り消すとともに、当該助成金の全部又は

一部の返還を求めることができる。

(1) 偽りその他不正な手段により助成金の交付決定又は交付を受けたとき。

(2) 第9条の規定により購入した補聴器を助成目的に反して使用し、貸与し、譲渡し、又は担保に供したとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認めたとき。

(関係帳簿)

第13条 市長は、助成金の交付に当たって、難聴児補聴器購入費助成金交付決定簿（第8号様式）を備え、必要な事項を記載するものとする。

(匝瑳市補助金等交付規則の適用除外)

第14条 助成金の交付に関し、交付規則第12条及び第13条の規定は、適用しない。

(その他)

第15条 この規則に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

別表（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 |
|-----|--------------------|-------------------|---|
| 補聴器 | 軽度・中等度難聴用 ポケット型 | 43,200 | ① 補聴器本体（電池を含む。） ② イヤモールド ※ イヤモールドを必要としない場合は、基準価格から9,000円を除く。 |
| | 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 | 52,900 | |
| | 高度難聴用ポケット型 | 43,200 | |
| | 高度難聴用耳かけ型 | 52,900 | |
| | 重度難聴用ポケット型 | 64,800 | |
| | 重度難聴用耳かけ型 | 76,300 | |
| | 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 | 127,200 | ① 補聴器本体（電池を含む。） ② 平面レンズ ※ 平面レンズを必要としない場合は、基準価格から1枚につき3,600円を除く。 |

備考 医師が次の各号に掲げる物を必要と認める場合は、当該各号に定める額を別表の1台当たりの基準価格に加算するものとする。

- (1) FM型受信機 1台当たり80,000円
- (2) FM型ワイヤレスマイク（充電電池を含む。） 1台当たり98,000円
- (3) オーディオシュー 1台当たり5,000円

第1号様式（第7条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

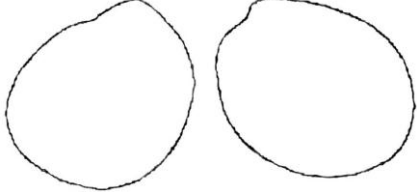
申請者 住所
 氏名 ㊟
 対象児との続柄
 電話
 対象児 氏名

難聴児補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、匝瑳市補助金等交付規則第3条の規定により下記のとおり申請します。

記

| | | | |
|----------------|---|----------------|--|
| 購入を希望する補聴器の種類 | 別紙意見書のとおり | | |
| 購入を希望する業者名 | 所在地 名称 電話 | | |
| 身体障害者手帳の申請の有・無 | 有・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に基づく支給等を優先するため、身体障害者福祉法第15条第5項の規定による通知の写しの添付が必要です。 | | |
| 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補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他 |
| 備考 | | | |

| | | | |
|---|-----|----|---|
| 私の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、市町村等関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。 | | | |
| 年 月 日 | 申請者 | 氏名 | ㊟ |
| | 対象児 | 氏名 | ㊟ |
| | 世帯員 | 氏名 | ㊟ |
| | | 氏名 | ㊟ |
| | | 氏名 | ㊟ |

| 難聴児補聴器購入費助成金交付意見書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| 氏名 | | 男・女 | 年 月 日生 (歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の種類 | ・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴 | | ※ 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力※ | 右 | dB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 左 | dB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補聴器装用効果 | 右 | 有 ・ 無 | オーディオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式 _____ 500 1000 2000 Hz <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;">0</td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> dB ※ 気導・骨導聴力を御記入ください。 | 0 | | | | | 10 | | | | | 20 | | | | | 30 | | | | | 40 | | | | | 50 | | | | | 60 | | | | | 70 | | | | | 80 | | | | | 90 | | | | | 100 | | | | | 110 | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補聴器の種類 (処方) | 1 補聴器の種類 耳かけ型 ┌ 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) 骨 導 式 FM型受信器 () FM型用ワイヤレスマイク オーディオシュー その他 () 2 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無) 3 使用効果見込み 4 概算額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 ※ FM型受信機・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合には、その医学的理由について御記入ください。 | | 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54条第2項に規定する指定自立支援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・生活上等真に必要な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 医療機関名指定自立支援医療機関名 医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

第4号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

匝瑳市長



難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった難聴児補聴器購入費助成金については、下記のとおり交付の決定をしたので、匝瑳市補助金等交付規則第6条の規定により、通知します。

記

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|---------------------|
| 交付番号 | 第 号 | 交付決定 年 月 日 | 年 月 日 |
| 対象児氏名 | | | |
| 対象とする 補聴器の種類 | | | 決定業者 |
| 購入費の額 ① = ② + ③ | 円 | 自 己 負担額 ② | 円 公 費 負担額 ③ 円 |
| 注 意 事 項 | 補聴器購入後は、速やかに難聴児補聴器購入費助成金交付請求書及び決定業者が発行した領収書等を提出してください。 | | |

第5号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

匝瑳市長



難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書

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、下記のとおり却下したので、匝瑳市補助金等交付規則第6条の規定により、通知します。

記

却下理由

第6号様式（第10条関係）

難聴児補聴器購入費助成金交付請求書

年 月 日

匝瑳市長 あて

請求者 住所
氏名 ㊟
対象児 氏名

年 月 日付け第 号で交付決定のあった難聴児補聴器購入費助成金について、匝瑳市補助金等交付規則第15条の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 請求金額（公費負担額） 円
- 2 補聴器の購入年月日 年 月 日
- 3 添付書類 決定業者が発行した領収書
- 4 助成金振込先（請求者・決定業者）

| | | | |
|--------|------|------|--|
| 金融機関名 | | 本支店名 | |
| 口座番号 | | | |
| 口座の種類 | 1 普通 | 2 当座 | |
| (ふりがな) | | | |
| 口座名義人 | | | |

※ 決定業者に代理受領させる場合は、難聴児補聴器購入費助成金代理受領委任状（第7号様式）を添付してください。

第7号様式（第11条関係）

難聴児補聴器購入費助成金代理受領委任状

年 月 日

匝瑳市長 あて

委任者（請求者） 住所
氏名 ㊟
電話
対象児 氏名

匝瑳市難聴児補聴器購入費助成金交付規則第11条の規定により、難聴児補聴器購入費助成金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

記

受任者（決定業者） 所在地
名称
代表者名 ㊟
電話

