

改正

平成25年7月31日要綱第32号

平成30年7月26日要綱第40号

令和2年3月30日要綱第22号

令和2年5月1日要綱第39号

令和4年3月14日要綱第19号

播磨町軽・中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・中度の難聴児の補聴器購入費用等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育を支援し、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意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 補聴器購入費 新たに補聴器を購入する経費及び耐用年数経過後に補聴器を更新する経費
- (2) 補聴システム購入費 新たに補聴システム等（一式）を購入する経費及び耐用年数経過後に補聴システム等（一式）を更新する経費
- (3) 耳あて等交換費 耳あて（イヤモールド）及び耳穴型シェル（オーダーメイド）（以下「耳あて等」という。）の交換に要する経費

(助成対象者)

第3条 助成の対象者となる者は、次の要件を全て満たすもの（以下「助成対象者」という。）とする。

- (1) 対象者の保護者（民法（明治29年法律第89号）第4条の規定にかかわらず、18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間は、それまで保護者であった者を引き続き保護者とする。以下同じ。）が町内に住所を有すること。
- (2) 0歳から18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にあること。
- (3) 原則として両耳とも聴力レベルが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こと。
- (4) 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断していること。

(助成対象からの除外)

第4条 前条の規定にかかわらず、助成対象者が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。

- (1) 助成対象者及び保護者（以下「算定対象者」という。）の、申請しようとする月の属する年度（4月から6月までの場合にあつては前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第2号に掲げる所得割（同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）の額（当該所得割の額を算定する場合において、算定対象者が地方税法第318条に規定する賦課期日に指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。）の区域内に住所を有する者であるときは、当該算定対象者を指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして所得割の額を

算定するものとし、地方税法第314条の7及び同法附則第5条の4第6項並びに同法附則第5条の4の2第6項の規定による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算した額とする。以下同じ。)の合計額が23万5千円以上の場合

(2) 保護者が助成対象者の生計を維持できない場合は、助成対象者の民法第877条第1項に定める扶養義務者で助成対象者の生計を維持するものについて、申請しようとする月の属する年度(4月から6月までの場合にあつては前年度)分の地方税法第292条第1項第2号に掲げる所得割の額の合計額が23万5千円以上の場合

(3) 助成対象者が労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)その他の法令規定に基づき、補聴器の給付等が受けられる場合

(4) この要綱の規定に基づき助成金の交付決定を受けてから別表第1から別表第3までに定める耐用年数を経過していない場合

2 前項第1号に規定する所得割の額は、当分の間、地方税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第4号)の規定による改正前の地方税法第314条の2第1項第11号の規定を適用したもものとして算定するものとする。

(助成金の額等)

第5条 助成金の額及び補聴器等の耐用年数は、別表第1から別表第3までに定めるとおりとする。この場合において、助成を受けようとする補聴器購入費等の額が次の各号に定める額に満たないときは当該価格を上限額とする。

(1) 補聴器購入費として別表第1に定める1台当たりの助成額

(2) 補聴システム購入費として別表第2に定める一式当たりの助成額

(3) 耳あて等交換費として別表第3に定める1個当たりの助成額

2 1回に申請できるのは、別表第1及び別表第3に定める項目につき、あわせて1項目のみとする。ただし、補聴器、耳あて等は両耳で2台(個)までとする。

3 別表第2の補聴システムについては、別表第1又は別表第3の項目と重複して申請することができる。ただし、補聴システム等(一式)は1システムとする。

(交付申請)

第6条 助成を受けようとする助成対象者の保護者(以下「申請者」という。)は、播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付申請書(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、町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項の規定による指定医療機関の医師が、助成対象者の聴力検査を実施し、交付した軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付意見書(様式第2号)

(2) 前号の意見書に基づき、補聴器販売事業者(以下「事業者」という。)が作成した補聴器等の見積書

(3) 助成対象者の属する世帯全員の所得証明書

(4) その他町長が必要と認める書類

2 前項第3号の所得証明書については、申請者の同意に基づき他の方法により所得状況等が確認できる場合は、提出を要しない。

(交付の決定)

第7条 町長は、前条に規定する交付申請書類の内容について、軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付意見書の内容を踏まえ、審査し、助成交付の可否を決定するものとする。

2 町長は、助成交付を行うことを決定した場合は、播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助

成交付決定通知書（様式第3号）により申請者に通知するとともに、播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成券（様式第4号）を交付するものとする。

3 町長は、却下することを決定した場合は、軽・中度難聴児補聴器購入費等助成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。

（補聴器等の購入）

第8条 申請者は、前条の規定による助成決定後速やかに、播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付決定通知書（様式第3号）に記載された事業者において、補聴器等を購入するものとする。

（助成金の請求及び支払い）

第9条 前条により補聴器等を購入した申請者は、播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金請求書（様式第6号）に播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成券（様式第4号）並びに領収書を添えて、町長に助成金を請求するものとする。

2 町長は、前項により請求があったときは、内容を審査のうえ、助成金として交付するものとする。

3 町長は、申請者から第1項に規定する請求書に代えて、代理受領に係る軽・中度難聴児補聴器購入費等支払請求書兼委任状（様式第7号）が提出されたときは、申請者の利便性を考慮し、申請者に助成すべき額の限度において、事業者からの請求に基づき町長が事業者を支払う代理受領を認めるものとする。

（その他）

第10条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

別表第1（第5条関係）

項目	名称	1台当たりの助成額（円）	耐用年数	補聴器に含まれるもの
補聴器購入費	ポケット式	40,000	5年	①補聴器本体（電池を含む） ②耳あて（イヤモールド：必要とする場合）
	耳かけ式			
	耳穴式（レディメイド）			
	骨導式ポケット型	100,000		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	①補聴器本体（電池を含む） ②平面レンズ			

	耳穴式（オーダーメイド）			①補聴器本体（電池を含む）
--	--------------	--	--	---------------

別表第2（第5条関係）

項目	名称	一式当たりの助成額（円）	耐用年数	補聴システムに含まれるもの
補聴システム購入費	補聴システム（一式）	100,000	5年	①送電機（充電機を含む） ②受信機

別表第3（第5条関係）

項目	名称	1個当たりの助成額（円）	耐用年数
耳あて等交換費	耳あて（イヤモールド）	6,000	3か月
	耳穴型シェル（オーダーメイド）	18,000	

様式第1号 (第6条関係)

播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付申請書

	年 月 日
播磨町長 様	
(保護者)	
住 所	
氏 名	
(障害児との続柄)	
<p>下記のとおり軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金の交付を申請します。 補聴器購入費等助成申請の交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、交付決定後に町外へ住所を変更した場合は、転出先の市町に交付状況を引き継ぐことを承諾します。</p>	

対象者	住 所					
	フリガナ氏名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	

身体障害者手帳の申請の有・無	有・無	※障害者総合支援法に基づく給付等を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知書の添付を求めています。
----------------	-----	--


購入する補聴器、視聴システム等の名称・個数	交換する耳あて等の名称・個数
-----------------------	----------------

耳あて等のみ申請の場合	受診医療機関	医療機関名
		所在地
		電話番号
	利用中の補聴器種目・型番	

希望する補聴器販売事業者	名 称				
	所在地				
	電 話		FAX		

届 出 者	住所	連絡先	
	氏名	対象者との関係	

届出者は、難聴児以外又は難聴児の保護者以外の方が申請する場合にご記入ください。

難聴児補聴器購入費等助成交付意見書																																																															
氏名		男・女	年 月 日生(歳)																																																												
住所	兵庫県																																																														
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・伝音難聴 ・混合性難聴 ・感音難聴 	オージオグラム(**) 聴力検査 オージオメーターの形式 _____																																																													
聴力*	右	dB																																																													
	左	dB																																																													
**幼少児においては、実施した自覚的、他覚的聴力検査の結果など、総合的な判断から求められるオージオグラムを記載してください。		<table border="1" style="width: 100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">500</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1000</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2000</td> <td style="width: 35%; text-align: right;">Hz</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			500	1000	2000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100				
	500	1000	2000	Hz																																																											
0																																																															
10																																																															
20																																																															
30																																																															
40																																																															
50																																																															
60																																																															
70																																																															
80																																																															
90																																																															
100																																																															
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無																																																													
	左	有 ・ 無																																																													
現在までの補聴器装用の有無	右	有 ・ 無																																																													
	左	有 ・ 無																																																													
補聴器の種類(処方)	・基準となる補聴器は耳かけ型です。耳穴型・骨導式の補聴器、補聴システムを必要とする場合は、その種類と必要とする理由、使用効果見込みについて意見を付してください。 ・両耳装用を必要とする場合もその理由及び使用効果見込みについて意見を付してください。																																																														
聴力検査を必要とするに至った経緯と補聴器が必要となった理由を記載してください。		耳鼻疾患の有無及び鼓膜の状況																																																													
																																																															
1 意見書の記載は障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定医療機関の医師に限る。 2 障害者総合支援法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。		印																																																													
年 月 日		所在地 指定自立支援医療機関名 医師氏名																																																													

様式第3号 (第7条関係)

播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付決定通知書

年 月 日				
様				
播磨町長 印				
<p style="text-align: center;">年 月 日付けで申請のありました軽・中度難聴児補聴器購入費等の助成について下記のとおり決定しましたので通知します。</p>				
対象者	住 所			
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
交付決定番号			交付決定日	年 月 日
決定内容				
交付決定額		円		
事補聴 業器 販 者売	名 称			
	所在地			
	電 話			
備考				

様式第4号 (第7条関係)

播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成券

交付番号				交付決定日	年 月 日	
氏 名		男・女		生年月日	年 月 日	
住 所						
保護者氏名				続柄		
補聴器本体		(個・台数)				
		<input type="checkbox"/> 軽・中度難聴用 ポケット型				
		<input type="checkbox"/> 軽・中度難聴用 耳掛け型				
		<input type="checkbox"/> 耳穴型 (レディメイド)				
		<input type="checkbox"/> 骨導式 ポケット型				
		<input type="checkbox"/> 骨導式 眼鏡型				
補 聴 シ ス テ ム		<input type="checkbox"/> 補聴システム(一式)				
耳あて等交換		<input type="checkbox"/> 耳あて (イヤモールド)				
		<input type="checkbox"/> 耳穴型シェル (オーダーメイド)				
事補 聴 業器 販 者売	名 称					
	所在地					
	電 話					
見 積 額		利用者負担額		公費負担額		
円		円		円		
上記のとおり決定する。 年 月 日						
播磨町長				印		
適 合 判 定	判 定 年 月 日	年 月 日				
受 領	受 領 年 月 日	年 月 日	受領者氏名	印	本人との関係	

様式第5号 (第7条関係)

播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成交付申請却下通知書

年 月 日				
様				
播磨町長 印				
<p>年 月 日付けにて申請のありました軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請については、下記のとおり却下とすることに決定しましたので通知します。</p>				
対象者	住 所			
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	
申 請 事 項				
却下の理由				
備 考				

様式第6号 (第9条関係)

播磨町軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金請求書

年 月 日

播磨町長 様

(請求者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

軽・中度難聴児補聴器購入費等助成公費負担額について、下記のとおり請求します。

記

- 1 請求額(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、助成券

受領方法	金融機関	() 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			

様式第7号 (第9条関係)

代理受領に係る軽・中度難聴児補聴器購入費等助成金支払請求書兼委任状

播磨町長 様

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた補聴器等の引き渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので助成金の支払いを請求します。
なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補聴器等価格	円
利用者負担額	円
補聴器等助成金請求額	円

年 月 日

請求者兼委任者 住 所 _____

(対象者の保護者) 氏 名 _____ 印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、事業者の登録口座に振り込んでください。

年 月 日

住 所 _____

受任者 名 称 _____

(事業者) 代表者氏名 _____ 印