

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付要綱

制定 平成24年12月20日告示第104号

改正 平成25年11月11日告示第85号

平成26年7月17日告示第66号

(目的)

第1条 この要綱は、身体障害者手帳の交付の対象とならない軽度・中等度の難聴児の保護者に、補聴器の購入に要する費用の一部に対し鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、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し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(対象児)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象児」という。）は、本市の住民基本台帳に記録されている者で、次に掲げる要件を満たす18歳未満のものとする。

(1) 両耳の聴力レベルが原則として30デシベル以上70デシベル未満の者（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54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の医師（以下「指定自立支援医療機関の医師」という。）が補聴器を装用することが必要であると認めた場合は、聴力レベルが30デシベル未満の者を含む。）で、身体障害者手帳の交付の対象とならないもの

(2) 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期待できると指定自立支援医療機関の医師が判断した者

2 前項の規定にかかわらず、前項の規定に該当する者が身体障害者手帳の交付を受けられる可能性がある場合は、あらかじめ身体障害者手帳の交付を申請するものとし、身体障害者手帳が交付されたときは、助成の対象としない。

3 第1項の規定にかかわらず、障害者総合支援法第76条第1項ただし書の規定に該当するときは、助成の対象としない。

(対象補聴器)

第3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「基準価格」という。）及び耐用年数は、別表のとおりとする。

2 助成の対象となる補聴器は、装用効果の高い側の耳に装用する補聴器とする。

3 前項の規定にかかわらず、教育、生活等の上で真に必要であると市長が認める場合は、左右の耳に装用する補聴器のいずれも助成の対象とするものとする。

(助成金の算定基礎額)

第4条 助成金の算定の基礎となる額（以下「算定基礎額」という。）は、対象児の保護者が新たに補聴器を購入する経費若しくは耐用年数を経過した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又は基準価格に100分の104.8を乗じて得た額のいずれか少ない額とする。

2 前条第3項の規定に該当する場合における算定基礎額は、左右の耳に装用する補聴器についてそれぞれ算定するものとする。

（助成金の額）

第5条 助成金の額は、算定基礎額の3分の2に相当する額とし、その額に1,000円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

（交付申請）

第6条 助成金の交付を希望する対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書（別記第1号様式）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） 指定自立支援医療機関の医師が対象児の聴力検査の結果により交付した鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（別記第2号様式。以下「意見書」という。）

（2） 前号の意見書に基づき補聴器を販売する者（以下「販売者」という。）が作成した補聴器の購入又は更新に係る見積書

（3） 対象児の属する世帯全員の市町村民税額が確認できる証明書

（4） その他市長が必要と認める書類

（交付の可否の決定）

第7条 市長は、前条の規定による申請があった場合、その内容を審査し、助成金の交付を決定したときは、鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書（別記第3号様式。以下「交付決定通知書」という。）により、申請を却下することを決定したときは、鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（別記第4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8条 前条の規定による助成金の交付の決定（以下「交付決定」という。）を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、速やかに、交付決定に係る販売者から補聴器を購入するものとする。

（助成金の請求及び交付）

第9条 前条の規定により補聴器を購入した交付決定者は、鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書（別記第5号様式）に領収書を添えて、市長に助成金の請求をするものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、交付決定者に対し助成金を

交付するものとする。

- 3 前2項の規定にかかわらず、交付決定に係る販売者は、交付決定者の委任を受け、市長が交付決定者に交付すべき助成金を受領することができる。
- 4 交付決定者は、前項の規定による委任を希望する場合、代理受領に係る鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書兼委任状（別記第6号様式）を市長に提出するものとする。
- 5 第3項の規定により市長が交付決定に係る販売者に助成金を交付したときは、交付決定者に対し助成金の交付があったものとみなす。

（交付決定の取消し）

第10条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、第7条の規定による助成金の交付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） 第1条の目的に反して補聴器を使用し、譲渡し、貸与し、又は担保に供したとき。
- （3） その他助成金を交付することが不適當であると市長が認めるとき。

（支給決定簿の整備）

第11条 市長は、助成金の交付に当たり鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業交付決定簿（別記第7号様式。以下「交付決定簿」という。）を備え、必要な事項を記載するものとする。

- 2 市長は、前項に規定する交付決定簿を助成金の交付後5年間保管するものとする。

（補則）

第12条 この要綱に定めのない事項については、補装具費支給事務取扱指針について（平成18年9月29日障発第0929006号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）別添補装具費支給事務取扱指針に準ずるほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公示の日から施行し、平成24年10月1日以降の申請から適用する。

附 則（平成25年11月11日告示第85号）

この告示は、公示の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。（後略）

附 則（平成26年7月17日告示第66号）

この告示は、公示の日から施行し、平成26年4月1日以後の申請について適用する。

別表（第3条関係）

種 目	名 称	1 台当たりの基 準価格（円）	1 台当たりの基準価格 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	43,200	1 補聴器本体（電池を含む。）	原則 とし て5 年
	軽度・中等度難聴用耳かけ型	52,900	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。）	
	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、基準価格から平面レンズ1枚につき3,600円を除く。）	

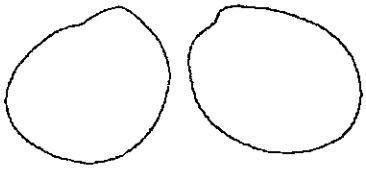
備考 FM型受信機、FM型ワイヤレスマイク又はオーディオチューを必要とする場合は、次に掲げる額の範囲内で必要な額を加算することができる。

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

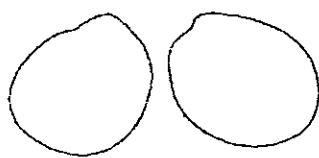
別 記

第1号様式（第6条関係）

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付申請書			
年 月 日 鎌ヶ谷市長 様 （申請者） 住所 _____ 保護者氏名 _____ 印 対象児氏名 _____ 〒 ー 電話 _____ 下記により鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付を申請します。 交付の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況等について、他市町村その他の関係機関に調査、照会、閲覧等を行うことを承諾します。			
補聴器の種類	別紙鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書のとおり		
販売者	所在地 名称 電話番号		
対象児の扶養義務者		対象児との続柄	
身体障害者手帳の申請の有・無	有 ・ 無 ※障害者総合支援法等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の添付を求めることがあります。		
生活状況等	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 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 ☐ 難聴児補聴器購入費助成金交付 ☐ 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 ☐ その他
備 考			

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR・OAE・COR検査用）				
氏名			男・女	年 月 日生（ 歳）
住所				
障がいの種類	・伝音性難聴 ・感音性難聴 ・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・DPOAE）反応 有・無 ※直近の検査結果を添付して下さい。 COR（ 年 月 日実施）	
補聴器の装用効果	右	有・無		
	左	有・無		
補聴器の種類（処方）	1 聴器の種類 耳 掛 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 ベ ビ ー 型 FM型受信機（ ） FM型用ワイヤレスマイク オーディオチュー 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		500 1000 2000 Hz 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB （ 年 月 日実施） 500 1000 2000 Hz 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB （ 年 月 日実施） 500 1000 2000 Hz 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 dB	
現在までの障がいの状況（治療の内容、期間及び経過）・意見をご記入下さい。 ※FM型受信機・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオチュー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がいの状況			※ASSR閾値は、周波数500・1,000・2,000Hzの音に対する値を、それぞれ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、障害者総合支援法第54条第2項の規定による指定自立支援医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器は、装用効果の高い側に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要と認めた場合に限り左右の耳に装用する補聴器のいずれも助成の対象とすることができる。 3 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。 年 月 日 所在地 指定自立支援医療機関名 医師氏名				
印				

鎌ヶ谷市軽度・中等度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																																																																					
障がいの種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		※聴力は、500・1,000・2,000Hzの音に対する聴力レベル値を、それぞれ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																																																																			
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無	オージオグラム 聴力検査 オージオメーターの型式 _____																																																																		
	左	有 ・ 無																																																																			
補聴器の種類 (処方)	1 補聴器の種類 耳掛け型 ┌ 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 オーディオチュー そ の 他 ()		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1,000</th> <th>2,000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></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> </tbody> </table> dB ※ 気導・骨導聴力をご記入ください			500	1,000	2,000	Hz	0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500	1,000	2,000	Hz																																																																	
0																																																																					
10																																																																					
20																																																																					
30																																																																					
40																																																																					
50																																																																					
60																																																																					
70																																																																					
80																																																																					
90																																																																					
100																																																																					
110																																																																					
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																																																																					
現在までの障がいの状況 (治療の内容、期間及び経過)・意見をご記入下さい。 ※FM型受信機・FM型用ワイヤレスマイク・オーディオチュー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がいの状況 																																																																		
1 意見書の記載は、障害者総合支援法第54条第2項の規定によ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た場合に限り左右の耳に装用する補聴器のいずれも助成の対象とすることができる。 3 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。 年 月 日 所在地 指定自立支援医療機関名 医師氏名 印																																																																					

鎌ケ谷市軽度・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					
鎌ケ谷市長 印					
年 月 日付けで申請のあった鎌ケ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付について、次のとおり決定したので通知します。					
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			販売者		
購入費等の 額 ①＝②＋③	円	自己負担額 ②	円	公費負担額 ③	円
注 意 事 項	補聴器の購入後は、速やかに、鎌ケ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書又は代理受領に係る鎌ケ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書兼委任状を提出してください。				

（教示）

この処分について、不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に鎌ケ谷市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内に、鎌ケ谷市を被告として（鎌ケ谷市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

ただし、異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日から6か月以内に提起しなければなりません。

鎌ヶ谷市軽度・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

鎌ヶ谷市長



年 月 日に申請のあった鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金の交付について、下記の理由により却下することとしたので、通知します。

記

却下した理由

（教示）

この処分について、不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に鎌ヶ谷市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日から6か月以内に、鎌ヶ谷市を被告として（鎌ヶ谷市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

ただし、異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日から6か月以内に提起しなければなりません。

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

(交付決定者)

住所

氏名 印

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金を下記により請求します。

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

受 領 方 法	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	

第6号様式（第9条関係）

代理受領に係る鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成金請求書兼委任状

鎌ヶ谷市長 様

年 月 日付け 第 号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、補聴器に係る鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費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販売者に委任します。

補 聴 器 の 種 類	
購入費等の額（基準価格） ※差額自己負担額等は除く。	円
自 己 負 担 額	円
公 費 負 担 額	円

年 月 日

委 任 者 住 所 _____

（交付決定者）

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、私が指定する口座に振り込んでください。

年 月 日

受 任 者 所在地 _____

（販売者）

名称 _____

代表者氏名 _____ 印

鎌ヶ谷市軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成事業支給決定簿(年度)

[illegible]