

○大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付要綱

令和2年3月25日

要綱第25号

改正 令和3年6月22日要綱第74号

令和3年11月15日要綱第104号

(目的)

第1条 この要綱は、大東市補助金等の交付等に関する条例（平成31年条例第3号）及び大東市補助金等の交付等に関する条例施行規則（平成31年規則第6号）に定めるもののほか、軽度の難聴児の言語及び生活適応訓練を促進し、もって福祉の増進を図るため、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(助成の対象児)

第2条 助成金の交付の対象児は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上の18歳未満の者であって、次に掲げる要件の全てを満たすものとする。

- (1) 対象児及びその保護者（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。以下「保護者」という。）が、本市に居住していること。
- (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。）に基づく補装具費の支給及び大阪府難聴児補聴器交付事業実施要綱に基づく補聴器の交付の対象とならないこと。
- (3) 第6条の規定による助成金の交付の申請を行う月の属する年度（4月から6月までに交付の申請をする場合にあつては、前年度）における保護者の属する世帯に属する全ての者の市町村民税所得割額が460,000円未満であること。
- (4) この要綱による助成金（補聴器の購入に係るものに限る。）の交付を受けている場合は、一側の耳につき、当該助成金の交付の決定の日から5年を経過していること。

(助成の対象経費)

第3条 助成金の交付の対象となる経費は、次のとおりとする。

- (1) 補聴器（附属品を含む。以下同じ。）の購入、修理又は交換（以下「補聴器の購入等」という。）に要する費用
- (2) 軽度難聴児補聴器購入意見書の作成に要する費用

(助成の対象補聴器)

第4条 助成金の交付の対象となる補聴器は、耳かけ型補聴器、ポケット型補聴器及び耳穴型補聴器とし、片側装用に1台、両側装用につきそれぞれ1台を限度とする。

(助成金の額)

第5条 補聴器の購入に係る助成金の額は、補聴器1台につき、次の各号に掲げる保護者の属する世帯の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 生活保護世帯（生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている世帯をいう。以下同じ。） 次に掲げる額のいずれか少ない額

ア 補聴器の購入に要する費用（消費税及び地方消費税を含む。）の額（次号アにおいて「購入費用額」という。）

イ 46,534円（イヤーマールドを併せて購入する場合にあっては、56,074円）

(2) 生活保護世帯以外の世帯 次に掲げる額のいずれか少ない額

ア 購入費用額に3分の2を乗じて得た額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）

イ 31,000円（イヤーマールドを併せて購入する場合にあっては、37,300円）

2 補聴器の修理又は交換に係る助成金の額は、補聴器1台につき、次の各号に掲げる保護者の属する世帯の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 生活保護世帯 次に掲げる額のいずれか少ない額

ア 補聴器の修理又は交換に要する費用（消費税及び地方消費税を含む。）の額（次号アにおいて「修理費用額」という。）

イ 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年厚生労働省告示第528号）に準じた額（21,412円を限度とする。次号イにおいて「修理基準額」という。）

(2) 生活保護世帯以外の世帯 次に掲げる額のいずれか少ない額

ア 修理費用額に3分の2を乗じて得た額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）

イ 修理基準額に3分の2を乗じて得た額（その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）

3 軽度難聴児補聴器購入意見書の作成に係る助成金の額は、軽度難聴児補聴器購入意見

書の作成のために医療機関が実施した検査に要する費用とし、5,000円を限度とする。

(助成金の交付の申請)

第6条 助成金の交付を受けようとする保護者（以下「申請者」という。）は、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類（第1号及び第4号に係る書類は、補聴器の購入の場合に限る。）を添えて、市長に申請するものとする。この場合において、申請者は、助成金（第3条第2号に掲げる経費に係るものを除く。）の請求及び受領の権限を補聴器の販売業者に委任しなければならない。

- (1) 障害者総合支援法第54条第2項の規定により指定を受けた指定自立支援医療機関の医師及び身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の規定により大阪府知事等が指定した耳鼻咽喉科の医師（以下「医療機関」という。）が作成した軽度難聴児補聴器購入意見書（様式第2号）
- (2) 補聴器の販売業者が作成した補聴器の購入等に係る見積書
- (3) 交付の申請を行う年度に係る申請者が属する世帯全員の市町村民税課税証明書又は世帯全員の氏名の記載がある生活保護世帯受給証明書
- (4) 前条第3項に規定する検査に係る医療機関の領収書

(交付の決定及び助成券の交付)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査した上で、助成金の可否を決定し、申請者に対し大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付決定通知書（様式第3号）によりその旨を通知するとともに、助成金の交付を決定する場合にあっては補聴器購入等助成券（様式第4号）を交付するものとする。

(補聴器の購入等)

第8条 前条の交付決定を受けた申請者（以下「交付決定者」という。）は、第6条第2号に掲げる見積書を作成した補聴器の販売業者に対し、助成券に記載された自己負担額を支払うとともに、必要事項を記載等した助成券を提出し、補聴器の購入等をするものとする。

(第5条第1項又は第2項に係る助成金の請求)

第9条 助成券の提出を受けた補聴器の販売業者は、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付請求書（その1）（様式第5号）に当該助成券及び交付決定者に対する補聴器の

購入等に係る領収書の写しを添え、第6条の規定による委任に基づき、交付決定者に代わり、第5条第1項又は第2項に係る助成金の支払を市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査した上で、適当と認めるときは、速やかに当該助成金を補聴器の販売業者に支払うものとする。

(第5条第3項に係る助成金の請求)

第10条 補聴器の購入に係る第7条の決定を受けた交付決定者は、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付請求書(その2)(様式第6号)により、第5条第3項に係る助成金の支払を市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査した上で、適当と認めるときは、速やかに当該助成金を交付決定者に支払うものとする。

(交付決定の取消し等)

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認めるときは、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を受けたとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が不相当と認めるとき。

2 市長は、助成金の交付を取り消した場合において、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じるものとする。

(助成券の譲渡等の禁止)

第12条 助成券は、譲渡し、又は貸与してはならない。

(報告)

第13条 市長は、必要があると認めるときは、交付決定者に対し、補聴器の購入等の状況について報告を求めることができる。この場合において、交付決定者は、正当な理由がない限り、これらを拒んではならない。

(補則)

第14条 この要綱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

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則 (令和3年要綱第74号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年要綱第104号）

（施行期日）

1 この要綱は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に存するこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

3 この要綱の施行の際現に存する旧様式により作成した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

様式第1号（第6条関係）

大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申請者）住 所
氏 名 印
電話番号
対象児との続柄

大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金の交付を受けたいので、大東市補助金等の交付等に関する条例及び大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。なお、助成金の交付決定を受けた場合における同要綱第5条第1項又は第2項に係る助成金の請求及び受領の権限を補聴器の販売業者に委任します。

記

※申請事項を記載及び該当する項目の□欄に✓をしてください。

| | | | | |
|------|-----------------------|-------------------|------------------|---------------|
| 対象児 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 見積金額 | 円 (□1台 □2台) | 助成金 申 請 額 | 円 (□1台 □2台) | |
| | (見積金額に3分の2を乗じた額) 円 | | | |
| 申請内容 | 購 入 | □耳かけ型 □ポケット型 □耳穴型 | | □右耳 □左耳 □両耳 |
| | 修 理 | 修理(交換)を行う部位 | | |
| 申請区分 | □生活保護世帯 □生活保護世帯以外 | | | |
| 添付書類 | 別紙のとおり | | | |

様式第2号（第6条関係）

軽度難聴児補聴器購入意見書

※必要事項を記載及び該当する項目の□欄に✓をしてください。

| 1. 対象児 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------|---------------|------|-----|------|------|----|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. 原傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 平均聴力 | 右 耳 | デシベル | 左 耳 | デシベル | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | *大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金の交付条件は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上60デシベル未満で身体障害者手帳及び大阪府難聴児補聴器交付事業の対象とならない難聴児です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. 障害の状況等 | (障害の状況) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 聴力検査 | 聴力検査実施日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | オーディオグラム | オーディオメーターの形式 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <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> | | | | 500 | 1000 | 2000 | Hz | 40 | | | | | 50 | | | | | 60 | | | | | 70 | | | | | 80 | | | | | 90 | | | | | 100 | | | | | 110 | | | | |
| | | | 500 | 1000 | 2000 | Hz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. 補聴器の処方 | <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳・ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳・ <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 耳穴型 <input type="checkbox"/> 右耳・ <input type="checkbox"/> 左耳・ <input type="checkbox"/> 両耳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. イヤーモールドの処方 | <input type="checkbox"/> 必要・ <input type="checkbox"/> 不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. 検査日（この診断書記載に必要な検査日） | 年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他検査 | *オーディオグラムによる検査が不可能な場合は、その理由との方法(ABR等)を記載し、検査結果表を添付してください。(上記の3(平均聴力)及び4(障害状況等)は記載してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (検査方法) | (理由) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *この意見書の作成した医師について、該当する□欄に✓をしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法第54条第2項の規定により指定を受けた指定自立支援医療機関の医師 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師（耳鼻咽喉科） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり意見する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 医療機関名 医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※署名又は記名押印してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第3号（第7条関係）

大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

大東市長

年 月 日付けで申請のあった大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金については、大東市補助金等の交付等に関する条例及び大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 決定の内容

・交付する

・交付しない

理由

2 助成金交付決定額

(1) 第5条第1項又は第2項に係る助成金 金 円

(2) 第5条第3項に係る助成金 金 円

※(2)については、購入の場合においてのみ助成を受けることができます。

3 助成金交付条件

(1) 補聴器の購入等する際には、補聴器の販売業者に対し、助成券に記載された自己負担額を支払うとともに当該助成券を提出すること。

(2) その他市長が必要と認める条件

様式第4号（第7条関係）

| 補聴器購入等助成券 | | | | | |
|---|-------|----------------|---|-------|-------------|
| 交付番号 | | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 対象児氏名 | | 対象児生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 対象児居住地 | | | | | |
| 保護者氏名 | | 対象児との続柄 | | | |
| 保護者居住地 | | | | | |
| 販売業者の名称 | | | | | |
| 販売業者の所在地 | | | | | |
| 補聴器の種類等 | | | | | |
| 購入等費用 (見積金額) | 円 | 助成金額 (公費負担) | 円 | 自己負担額 | 円 |
| <p>助成の内容は、上記のとおりとする。</p> <p>年 月 日</p> <p>大東市長</p> | | | | | |
| <p>(注意)</p> <p>補聴器の購入等（受領）する際には、下欄について必要事項を記載等した上で、 補聴器の販売業者に対し、この助成券に記載された自己負担額を支払うとともにこの助成券を提出してください。</p> | | | | | |
| 購入等した 補聴器の受領 | 受領者氏名 | | | | 対象児 との続柄 |
| | 受領年月日 | 年 | 月 | 日 | |

様式第5号（第9条関係）

大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付請求書（その1）

年 月 日

（宛先）大東市長

（請求者）所在地

名称

代表者名

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金の交付について、交付決定者から助成券の提出を受けましたので、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付要綱第6条の規定の基づく委任により、同要綱第9条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 助成金請求額

| | | | | | | | |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|

2 振込先

| | | | | | | | |
|-------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行 信組 信金 農協 支店 | | | | | | |
| 口座番号 | 普通・当 座 | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | |

3 添付書類

交付決定者から提出を受けた助成券

交付決定者に対する補聴器の購入等に係る領収書の写し

様式第6号（第10条関係）

大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付請求書（その2）

年 月 日

（宛先）大東市長

（申請者）住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金の交付について、大東市軽度難聴児補聴器購入等助成金交付要綱第10条第1項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 助成金請求額

| | | | | | | | |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|
| 請求額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|-----|----|----|---|---|---|---|---|

2 振込先

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行 信組 信金 農協 支店 | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通・当 座 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |

様式第1号 (第6条関係)

様式第2号 (第6条関係)

様式第3号 (第7条関係)

様式第4号 (第7条関係)

様式第5号 (第9条関係)

様式第6号 (第10条関係)