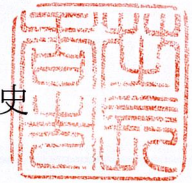


香芝市告示第207号

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱を次のように定める。

令和7年10月27日

香芝市長 三 橋 和 史



香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、聴力の程度が身体障害者福祉法（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又は中等度の難聴児に対し、補聴器の購入に要する費用の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(助成対象児)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象児」という。）は、次の各号のいずれにも該当する18歳未満の軽度又は中等度の難聴児とする。

(1) 香芝市内に住所を有する者

(2) 次のいずれかに該当する者

イ 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満の者で、身体障害者手帳の交付の対象とならないもの

ロ 一側性難聴又は両耳の聴力レベルが30デシベル未満の者で、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項に定める指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科に関する医療に限る。）又は奈良県知事が別に定める医療機関の医師（以下「指定医療機関等の医師」という。）が、補聴器の装用が必要であると認めるもの

(3) 補聴器の装用により、言語の習得等に一定の効果が期待できると指定医療機関等の医師が認める者

(4) 第5条の規定による申請の日において18歳未満である者

2 助成対象児について身体障害者手帳が交付される可能性がある場合においては、あらかじめ身体障害者手帳の交付の手続を行うものとする。

(助成対象補聴器)

第3条 助成の対象となる補聴器は、別表のとおりとする。ただし、この要綱の規定により既に助成を受けている場合で、当該助成に係る補聴器の別表に定める耐用年数が経過していないときは、当該補聴器に代わる補聴器は、助成の対象としない。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、助成対象児が装用する補聴器の購入に要する経費（修

理、電池交換又はイヤモールドの交換のみに係る経費を除く。)と、別表に定める基準価格とを比較して、いずれか少ない方の額に6分の5を乗じて得た額(1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。)とする。

(助成の申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象児の保護者(以下「申請者」という。)は、香芝市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。ただし、第1号に掲げる書類について、公簿等により確認できる場合は、当該書類の添付を省略することができる。

(1) 助成対象児の住民票の写し

(2) 指定医療機関等の医師が作成した香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書(第2号様式。以下「意見書」という。)

(3) 意見書に基づき補聴器販売業者が作成した見積書

(4) 身体障害者手帳の交付の対象となる可能性がある助成対象児にあっては、身体障害者手帳の交付に係る却下決定通知書の写し

(交付決定等)

第6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、適当と認めたときは、助成金の交付を決定し、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書(第3号様式。以下「交付決定通知書」という。)により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定による審査の結果、助成金を交付しないことを決定したときは、香芝市難聴児補聴器購入費助成金不交付決定通知書(第4号様式)により、申請者に通知するものとする。

(助成金の請求等)

第7条 助成金の交付の決定を受けた者(以下「交付決定者」という。)は、補聴器を購入後、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付請求書(第5号様式)に、当該購入に係る領収書(購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。)の写しを添えて、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、その内容を審査の上、助成金を支払うものとする。

(代理受領)

第8条 市長は、前条の規定にかかわらず、交付決定者に交付する額の範囲内において、交付決定者に代えて、補聴器販売業者に助成金を支払うことがで

きる。

- 2 前項の規定により助成金を支払う場合は、市長は、交付決定者に対し、交付決定通知書のほか、香芝市難聴児補聴器購入費助成事業支給券（第6号様式。以下「支給券」という。）を発行するものとする。この場合において、交付決定者は、速やかに補聴器販売業者に対し、支給券及び香芝市難聴児補聴器購入費助成事業代理受領に係る補聴器購入費支払請求書兼委任状（第7号様式。以下「委任状」という。）を引き渡すとともに、自己負担額を支払い、補聴器を購入するものとする。
- 3 前項の規定により支給券及び委任状の引渡しを受けた補聴器販売業者は、当該支給券の写しを添えて、市長に委任状を提出しなければならない。
- 4 市長は、補聴器販売業者から前項の規定による委任状の提出があったときは、その内容を審査の上、補聴器販売業者に助成金を支払うものとする。

（助成金の返還）

第9条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

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

（その他）

第10条 この要綱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

（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香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱（平成25年9月1日施行）の規定により助成金の交付の申請をし、又はその決定を受けている者は、この要綱の規定により助成金の交付の申請をし、又はその決定を受けている者とみなす。

別表（第3条、第4条関係）

補 聴 器 の 種 別	1 台当たりの基準価格	基準価格に含まれるもの	耐 用 年 数
軽度・中等度難聴用ポケット型	4 4 , 0 0 0 円	補聴器本体（電池を含む。）	5 年
軽度・中等度難聴用耳掛け型	4 6 , 4 0 0 円		
高度難聴用ポケット型	4 4 , 0 0 0 円		
高度難聴用耳掛け型	4 6 , 4 0 0 円		
重度難聴用ポケット型	5 9 , 0 0 0 円		
重度難聴用耳掛け型	7 1 , 2 0 0 円		
耳穴型（レディメイド）	9 2 , 0 0 0 円		
耳穴型（オーダーメイド）	1 4 4 , 9 0 0 円		
骨導式ポケット型	7 4 , 1 0 0 円	補聴器本体（電池を含む。）、骨導レシーバー及びヘッドバンド	
骨導式眼鏡型	1 2 6 , 9 0 0 円	補聴器本体（電池を含む。）	
軟骨伝導補聴器	1 2 6 , 9 0 0 円		

備考

- イヤモールドを必要とする場合は、補装具の種目、購入等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3に定める修理基準（8）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。
- ダンパー入りフックとした場合は、250円を加算する。
- 平面レンズを必要とする場合にあっては修理基準の表に掲げる価格の範囲内で必要な額を、矯正用レンズ又は遮光矯正用レンズを必要とする場合にあって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。
- 助成対象の補聴器であって補聴援助システムの受信機、オーディオチュー及びワイヤレスマイク（充電電池を含む。）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。この場合において、補聴援助システムの電波方式は、限定しない。
- デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、専門的な知識及び技能を有する者による調整が必要な場合は、補聴器1台につき2,000円を加算する。
- 基準価格については、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。
- 軟骨伝導補聴器は、気導式補聴器（ポケット型、耳掛け型及び耳穴型）及び骨導式補聴器のいずれにおいても補聴効果が期待できず、軟骨伝導補聴器が適合することが認められる場合に限る。

第1号様式（第5条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

香芝市長

保 護 者 住 所

保 護 者 氏 名

電 話 番 号

助成対象児との続柄

香芝市難聴児補聴器購入費助成金の交付について、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助成対象児の住所	☐ 保護者住所と同じ		
(ふりがな) 助成対象児の氏名		助成対象児 の生年月日	年 月 日
購入を希望する 補聴器の種類	香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（第2号様式） のとおり		
購入予定先	所在地 名称 電話番号		
身体障害者手帳の 申請の有無	☐ 有（ 年 月申請） ☐ 無		
生活状況	☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 医療機関		
最近5年間の 補聴器の購入状況	右耳 ☐ 有（ 年 月 日購入） ☐ 無 ☐ この要綱の規定による助成を受けたものである。 左耳 ☐ 有（ 年 月 日購入） ☐ 無 ☐ この要綱の規定による助成を受けたものである。		
☐ 香芝市が助成対象児の住民登録状況について関係公簿等を調査することに同意します。			

添付書類

- ☐ 香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（第2号様式）
- ☐ 上記意見書に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書
- ☐ 身体障害者手帳の交付に係る却下決定通知書の写し（身体障害者手帳が交付される可能性がある助成対象児に限る。）

第2号様式（第5条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付意見書（ABR・ASSR検査用）

住 所																																																																																																																																							
氏 名		☐ 男 ☐ 女	年 月 日生																																																																																																																																				
障 害 の 種 類	☐ 感音難聴 ☐ 伝音難聴 ☐ 混合性難聴																																																																																																																																						
補 聴 器 の 種 類 (処 方)	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・OPOAE) 反応 ☐ 有 ☐ 無 ※直近の検査結果を添付してください。 COR (年 月 日実施) 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB (年 月 日実施) 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB (年 月 日実施) 周波数 Hz <table border="1"> <tr><td>0</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB			0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100				0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100				0	500	1000	2000	10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
0	500	1000	2000																																																																																																																																				
10																																																																																																																																							
20																																																																																																																																							
30																																																																																																																																							
40																																																																																																																																							
50																																																																																																																																							
60																																																																																																																																							
70																																																																																																																																							
80																																																																																																																																							
90																																																																																																																																							
100																																																																																																																																							
0	500	1000	2000																																																																																																																																				
10																																																																																																																																							
20																																																																																																																																							
30																																																																																																																																							
40																																																																																																																																							
50																																																																																																																																							
60																																																																																																																																							
70																																																																																																																																							
80																																																																																																																																							
90																																																																																																																																							
100																																																																																																																																							
0	500	1000	2000																																																																																																																																				
10																																																																																																																																							
20																																																																																																																																							
30																																																																																																																																							
40																																																																																																																																							
50																																																																																																																																							
60																																																																																																																																							
70																																																																																																																																							
80																																																																																																																																							
90																																																																																																																																							
100																																																																																																																																							
現在までの 補聴器装用 の有 無	右 (☐ 有 ☐ 無) 左 (☐ 有 ☐ 無)																																																																																																																																						
補 聴 器 の 使用による 効 果 の 見 込 み	※FM型受信機、FM型用ワイヤレスマイク又はオーディオシュを処方した場合は、その医学的理由について記入してください。																																																																																																																																						
現在までの 障害の状況 (治療の 内容、期間及 び経過) 及び意見	※FM型受信機、FM型用ワイヤレスマイク又はオーディオシュを処方した場合は、その医学的理由について記入してください。																																																																																																																																						
耳 鼻 疾 患 の 有 無 及 び 障 害 の 状 況	☐ 有 ☐ 無 																																																																																																																																						
※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500、1,000、2,000 Hz の音に対する値を、各々 a、b、c とし、 $(a + 2b + c) / 4$ により算出してください。 ※検査方法に○を付け、直近3回の検査年月日及び検査結果を記入してください。																																																																																																																																							
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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限ります。 2 身体障害者手帳が交付される可能性がある場合においては、あらかじめ身体障害者手帳の交付の手続を行うこととしています。																																																																																																																																							
上記のとおり意見する。 年 月 日 所 在 地 指定医療機関名 医 師 氏 名 (署名又は記名押印)																																																																																																																																							

住 所																																																							
氏 名			年 月 日 生																																																				
障 害 の 種 類	☐ 感音難聴 ☐ 伝音難聴 ☐ 混合性難聴																																																						
聴 力	右 dB 左 dB ※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。																																																						
補聴器の種類 (処 方)	1 耳掛け型 (1) 重度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) (2) 高度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) (3) 軽度・中等度難聴用 (☐ 右 ☐ 左) イヤモールド (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) 2 耳穴型 (1) レディメイド (☐ 右 ☐ 左) (2) イヤモールド (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) オーダーメイド (☐ 右 ☐ 左) 3 骨導式 (1) ポケット型 (☐ 要 ☐ 否) (2) 眼鏡型 (☐ 右 ☐ 左) 平面レンズ (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) 4 その他 (1) FM型ワイヤレスマイク (☐ 要 ☐ 否) (2) FM型受信機 (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左) (3) オーディオシュー (☐ 要 ☐ 否) (☐ 右 ☐ 左)		オージオグラム 聴力検査 オージオメータの型式 () 周波数 Hz 500 1000 2000 <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right;">-20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">-10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">20</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">50</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">70</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">80</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">90</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">100</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 気導及び骨導聴力を記入してください。	-20				-10				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
	-20																																																						
-10																																																							
0																																																							
10																																																							
20																																																							
30																																																							
40																																																							
50																																																							
60																																																							
70																																																							
80																																																							
90																																																							
100																																																							
	現在までの 補聴器装用 の 有 無	右 (☐ 有 ☐ 無) 左 (☐ 有 ☐ 無)																																																					
	補 聴 器 の 使用による 効 果 の 見 込 み																																																						
現在までの障 害の状況 (治 療の内容、期 間及び経過) 及 び 意 見	※FM 型受信機、FM 型用ワイヤレスマイク又はオーディオシューを処方した場合は、その医学的理由について記入してください。																																																						
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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限ります。 2 身体障害者手帳が交付される可能性がある場合においては、あらかじめ身体障害者手帳の交付の手続を行うこととしています。		☐ 有 ☐ 無 耳 鼻 疾 患 の 有 無 及 び 障 害 の 状 況 																																																					
上記のとおり意見する。 年 月 日 所 在 地 指定医療機関名 医 師 氏 名 (署名又は記名押印)																																																							

第3号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長



香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった香芝市難聴児補聴器購入費助成金
について、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、
次のとおり通知します。

交付決定金額 金 円

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

香芝市長



香芝市難聴児補聴器購入費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった香芝市難聴児補聴器購入費助成金について、不交付と決定しましたので、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第6条第2項の規定により、次のとおり通知します。

不交付の理由

第5号様式（第7条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付請求書

年 月 日

香芝市長

保護者住所

保護者氏名

電話番号

助成対象児氏名

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた香芝市難聴児補聴器購入費助成金について、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 金 円

振込先

支 払 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号
銀行 支店	普通・当座・その他（ ）	
農協 店 番	フリガナ	
信金	口座名義人	

添付書類

☐ 領収書（購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。）の写し

第6号様式（第8条関係）

第 年 月 日 号

様

香芝市長

印

香芝市難聴児補聴器購入費助成事業支給券

交 付 番 号		第 号	交付年月日	年 月 日
助 成 対 象 児 の 氏 名			助成対象児 の生年月日	年 月 日
助 成 対 象 児 の 住 所				
保 護 者 氏 名			助成対象児 との続柄	
補聴器本体及び 付 属 品 の 種 類				
補聴器販売業者	所 在 地			
	名 称			
	電 話 番 号			
基 準 価 格		円		
見 積 額		円		
自 己 負 担 額		円		
公 費 負 担 額		円 補聴器の購入に要する経費（修理、電池交換又はイヤモールドの交換のみに係る経費を除く。）と、基準価格とを比較して、いずれか少ない方の額に6分の5を乗じて得た額（1,000円未満の端数切捨て）		

第7号様式（第8条関係）

香芝市難聴児補聴器購入費助成事業代理受領に係る
補聴器購入費支払請求書兼委任状

年 月 日

香芝市長

保護者住所

保護者氏名

電話番号

助成対象児氏名

年 月 日付け 第 号で交付の決定を受けた香芝市難聴児
補聴器購入費助成金について、香芝市難聴児補聴器購入費助成金交付要綱第8条
の規定により、次のとおり請求します。なお、助成金の受領の権限は、次の者に
委任します。

1 請求額 金 円

2 受任者 次のとおり

香芝市長

所在地

名称

代表者氏名

印

電話番号

上記の助成金の受領の権限を受任しましたので、次の口座に振り込んでくださ
い。

振込先

支 払 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号
銀行	支店 普通・当座・その他（ ）	
農協	店 番 フリガナ	
信金	口座名義人	