

小美玉市告示第164号

小美玉市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年6月11日

小美玉市長 島田 幸三

小美玉市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業実施要綱の一部を改正する告示

小美玉市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業実施要綱（平成27年小美玉市告示第189号）の一部を次のように改正する。

第3条第2項中「次のいずれかに該当する」を「対象児童が、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）その他の法令の規定に基づき、補聴器購入費等の助成を受けられる」に改め、同項各号を削る。

第7条第1項中第3号を削り、第4号を第3号とする。

第7条中第2項を削り、第3項を第2項とする。

別表を次のように改める。

別表（第4条、第5条関係）

補聴器の種類	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	基準額
軽度・中等度難聴用ポケット型	53,500円	① 補聴器本体（電池含む） ② イヤーモールド ※イヤーモールドを必要としない場合は、基準価格から9,500円を除くこと。	5年	1台当たりの基準価格に100分の106を乗じて得た額
軽度・中等度難聴用耳かけ型	55,900円			
高度難聴用ポケット型	53,500円			
高度難聴用耳かけ型	55,900円			
重度難聴用ポケット型	68,500円			
重度難聴用耳かけ型	80,700円			
耳あな型（レディメイド）	101,500円			
耳あな型（オーダーメイド）	144,900円	補聴器本体（電池		

			含む)		
	骨導式ポケット型	74,100円	電池、骨導レシーバー、ヘッドバンド		
	骨導式眼鏡型	126,900円	電池、平面レンズ		
	イヤーマールド	9,500円		—	
補聴援助システム	送信機（充電機を含む）	135,400円	補聴援助システムを必要とする場合	原則5年	
	受信機	97,300円	は、基準価格の範囲		
	オーディオチューナー	5,250円	内で加算することができる。なお、送信機と受信機については、価格の合計が232,700円の範囲内でそれぞれ必要な額を加算することができる。		

様式第1号を次のように改める。

様式第1号 (第7条関係)

様式第1号(第7条関係)

年 月 日

小美玉市長 様

住所
申請者 氏名 印
(保護者) 連絡先
(続柄:)

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

次のとおり、助成金の交付申請をします。

なお、審査に必要となる私の世帯の住民登録資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧・報告することを承諾します。

対象児童名等	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日生
	住所		
身体障害者手帳申請の有無	有 ・ 無		
購入を希望する補聴器の種類			
希望する補聴器販売事業者	名称		
	所在地		
	電話番号		
代理受領の希望の有無	希望する ・ 希望しない		
過去5年間の補聴器購入状況	左(購入: 有 ・ 無)	年 月 日 購入	
	右(購入: 有 ・ 無)	年 月 日 購入	
	<input type="checkbox"/> 自費購入		
	<input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金による購入 (前回の助成決定日:)		
	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付		
<input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法			

※太枠内を記入してください。

見積額	基準額	助成対象経費	助成金申請額	申請者負担額

【添付書類】

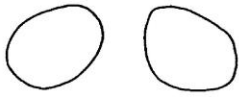
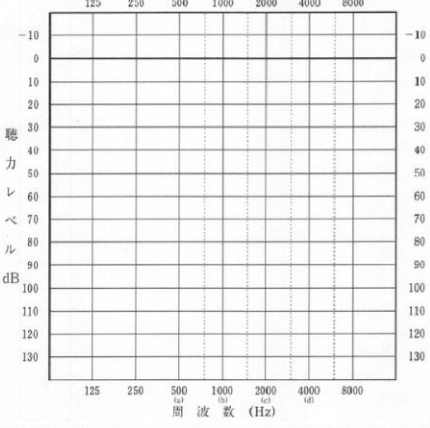
- 1 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書 (様式第2号)
- 2 補聴器販売事業者が作成した見積書
- 3 その他市長が必要と認める書類等

様式第2号を次のように改める。

様式第2号（第7条関係）

様式第2号（第7条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書

児 童 氏 名				生年月日	年 月 日生	歳	
住 所							
疾 病 名							
聴 力	右	d B	左	d B	会話音域の平均聴力レベル：4分法		
	障害の種類 1 伝音性難聴（右・左） 2 感音性難聴（右・左） 3 混合性難聴（右・左）						
聴 覚	鼓膜所見						その他
	その他						
障 害	聴力検査の結果					【オーディオメーターの型式】	
				記入方法 気導：右耳○ 左耳×			
必 要 と 認 め る 補 聴 器 等	必 要 と 認 め る 補 聴 器 の 種 類	該当欄に○	(右 左)		使用効果等を記入してください		
		軽・中度難聴用ポケット型			※の機種にあたっては、医学的な特殊理由も併記		
		軽・中度難聴用耳かけ型					
		※高度難聴用ポケット型					
		※高度難聴用耳かけ型					
		※重度難聴用ポケット型					
		※重度難聴用耳かけ型					
		※耳あな型レディメイド					
		※耳あな型オーダーメイド					
		※骨伝導式ポケット型					
※骨伝導式眼鏡型							
イヤーマールド	要・不要						
給付の適否所見	適・否						
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>注：（一社）日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が作成のこと。</p>							

小美玉市軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業実施要綱(平成27年小美玉市告示第189号)新旧対照表

改正案	現行
<p>(対象者)</p> <p>第3条 (略)</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、<u>対象児童が、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)その他の法令の規定に基づき、補聴器購入費等の助成を受けられる場合は、本事業の対象児童から除外する。</u></p> <p>(1) <u>削除</u></p> <p>(2) <u>削除</u></p> <p>(助成の申請)</p> <p>第7条 助成を受けようとする対象児童の保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者をいう。以下「申請者」という。)は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に、次に掲げる書類を添付して、市長に申請しなければならない。ただし、イヤーマールドの交換に係る申請にあつては、第1号に掲げる書類の添付は要しないものとする。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>削除</u></p>	<p>(対象者)</p> <p>第3条 (略)</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、<u>次のいずれかに該当する</u></p> <hr/> <p>_____場合は、本事業の対象児童から除外する。</p> <p>(1) <u>対象児童又は対象児童の属する世帯の他の世帯員のうちいずれかの者について、助成金の申請を行う日の属する年度(申請をする日の属する月が4月から6月までの間にあつては、当該年度の前年度)分の市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる場合</u></p> <p>(2) <u>対象児童が、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)その他の法令の規定に基づき、補聴器購入費等の助成を受けられる場合</u></p> <p>(助成の申請)</p> <p>第7条 助成を受けようとする対象児童の保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者をいう。以下「申請者」という。)は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に、次に掲げる書類を添付して、市長に申請しなければならない。ただし、イヤーマールドの交換に係る申請にあつては、第1号に掲げる書類の添付は要しないものとする。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>対象児童の属する世帯の世帯員全員分の第3条第2項第1号に規定</u></p>

(4) (略)

2 (略)

別表(第4条、第5条関係)

する年度にかかる課税証明書

(4) (略)

2 市長は、前項第3号の対象児童の属する世帯の世帯員全員分の市町村
民税額を確認することができる書類について、申請者の同意に基づき関
係機関へ照会し、又は公簿等により確認することができる場合は、当該
書類の提出を省略させることができる。

3 (略)

別表(第4条、第5条関係)

補聴器の種類	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	基準額
軽度・中等度難聴用ポケット型	53,500円	① 補聴器本体(電池含む) ② イヤーモールド ※イヤーモールドを必要としない場合は、基準価格から9,500円を除くこと。	5年	1台当たりの基準価格に100分の106を乗じて得た額
軽度・中等度難聴用耳かけ型	55,900円			
高度難聴用ポケット型	53,500円			
高度難聴用耳かけ型	55,900円			
重度難聴用ポケット型	68,500円			
重度難聴用耳かけ型	80,700円			
耳あな型(レディメイド)	101,500円			
耳あな型(オーダーメイド)	144,900円	補聴器本体(電池含む)		
骨導式ポケット型	74,100円	電池、骨導レシーバー、ヘッドバンド		
骨導式眼鏡型	126,900円	電池、平面レンズ		
イヤーモールド	9,500円		—	
補聴援助送信機(充電機を含む)	135,400円	補聴援助システム	原則5	

補聴器の種類	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	基準額
軽度・中等度難聴用ポケット型	43,200円	① 補聴器本体(電池含む) ② イヤーモールド ※イヤーモールドを必要としない場合は、基準価格から9,000円を除くこと。	5年	1台当たりの基準価格に100分の106を乗じて得た額
軽度・中等度難聴用耳かけ型	52,900円			
高度難聴用ポケット型	43,200円			
高度難聴用耳かけ型	52,900円			
重度難聴用ポケット型	64,800円			
重度難聴用耳かけ型	76,300円			
耳あな型(レディメイド)	96,000円			
耳あな型(オーダーメイド)	137,000円	補聴器本体(電池含む)		
イヤーモールド	9,000円		—	
補聴援助送信機(充電機を含む)	98,000円	補聴援助システムを必要とする場合は、基準価格の範囲内で加算すること。	原則5	
補聴援助受信機	80,000円			
補聴援助オーディオチュー	5,000円			

助システム	む)	円	ムを必要とする	年
	受信機	97.300円	場合は、基準価	
	オーディオチュー	5.250円	格の範囲内で加算することができ	
			る。なお、送信機と受信機に	
			ついては、価格	
			の合計が232.70	
			0円の範囲内で	
			それぞれ必要な	
			額を加算するこ	
			とができる。	

様式第1号(第7条関係)

年 月 日

小美玉市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 印
連絡先 (続柄:)

軽度・中等度難聴児補聴器購入費助成申請書

次のとおり、助成金の交付申請をします。
なお、審査に必要な私の世帯の住民登録資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧・報告することを承諾します。

対象児童名等	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日生
	住 所		
身体障害者手帳申請の有無 購入を希望する補聴器の種類	有・無		
希望する補聴器販売事業者	名 称		
	所在地		
	電話番号		
代理受領の希望の有無	希望する・希望しない		
	左(購入:有・無)	年 月 日 購入	
	右(購入:有・無)	年 月 日 購入	
過去5年間の補聴器購入状況	<input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金による購入 (前回の助成決定日:) <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法		

※太枠内を記入してください。

見積額	基準額	助成対象経費	助成金申請額	申請者負担額

【添付書類】

- 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書(様式第2号)
- 補聴器販売事業者が作成した見積書
- その他市長が必要と認める書類等

様式第1号(第7条関係)

令和 年 月 日

小美玉市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
連絡先 (続柄:)

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金交付申請書

次のとおり、助成金の交付申請をします。
なお、審査に必要な私の世帯の住民登録資料、課税資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧・報告することを承諾します。

対象児童名等	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日生
	住 所		
身体障害者手帳申請の有無 購入を希望する補聴器の種類	有・無		
希望する補聴器販売事業者	名 称		
	所在地		
	電話番号		
代理受領の希望の有無	希望する・希望しない		
世帯の状況	1 市民税課税世帯(市民税所得額46万円以上) 2 上記1以外の市民税課税世帯・市民税非課税世帯		
	左(購入:有・無)	年 月 日 購入	
	右(購入:有・無)	年 月 日 購入	
過去5年間の補聴器購入状況	<input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業助成金による購入 (前回の助成決定日:) <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補装具の給付 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険法		

※太枠内を記入してください。

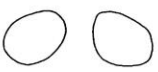
見積額	基準額	助成対象経費	助成金申請額	申請者負担額

【添付書類】

- 軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書(様式第2号)
- 補聴器販売事業者が作成した見積書
- その他市長が必要と認める書類等


様式第2号 (第7条関係)

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書

児童氏名				生年月日	年	月	日生	歳
住所								
疾病名								
聴覚障害の状況	聴力	右	dB	左	dB	会話音域の平均聴力レベル: 4分法		
	障害の種類	1 伝音性難聴 (右・左) 2 感音性難聴 (右・左) 3 混合性難聴 (右・左)						
放聴所見その他								
聴覚障害の状況								
必要と認めらる補聴器等	該当欄に○ (右 左)	使用効果等を記入してください ※の機種にあたっては、医学的な特殊理由も併記						
	軽・中度難聴用ポケット型							
	軽・中度難聴用耳かけ型							
	※高度難聴用ポケット型							
	※高度難聴用耳かけ型							
	※重度難聴用ポケット型							
	※重度難聴用耳かけ型							
	※耳あな型レディメイド							
	※耳あな型オーダーメイド							
	※骨伝導式ポケット型							
	※骨伝導式眼鏡型							
	イヤーマールド	要・不要						
給付の適否所見	適・否							
上記のとおり意見します。								
年 月 日 医療機関名 作成医師氏名 印								
注：(一社) 日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が作成のこと。								

様式第2号 (第7条関係)

軽度・中等度難聴児補聴器購入支援事業医師意見書

児童氏名				男・女	生年月日	年	月	日生	歳
住所									
疾病名									
聴覚障害の状況	聴力	右	dB	左	dB	会話音域の平均聴力レベル: 4分法			
	障害の種類	1 伝音性難聴 (右・左) 2 感音性難聴 (右・左) 3 混合性難聴 (右・左)							
放聴所見その他									
聴覚障害の状況									
必要と認めらる補聴器等	該当欄に○ (右 左)	使用効果等を記入してください ※の機種にあたっては、医学的な特殊理由も併記							
	軽・中度難聴用ポケット型								
	軽・中度難聴用耳かけ型								
	※高度難聴用ポケット型								
	※高度難聴用耳かけ型								
	※重度難聴用ポケット型								
	※重度難聴用耳かけ型								
	※耳あな型レディメイド								
	※耳あな型オーダーメイド								
	イヤーマールド	要・不要							
給付の適否所見	適・否								
上記のとおり意見します。									
年 月 日 医療機関名 作成医師氏名 印									
注：(一社) 日本耳鼻咽喉科学会が指定した精密聴力検査機関の医師又は聴覚障害に係る身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師が作成のこと。									

