

香川県難聴児補聴器購入費用助成事業について

平成25年度から、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児の健全な発達を支援することを目的として、事業主体である市町が補聴器の購入に要する費用の一部を助成した場合に、当該市町に対し、県が補助金を交付します。

1 対象

補聴器購入費用の助成を受けることができるのは、次のいずれの要件も満たす18歳未満の難聴児です。

- (1) 県内に住所を有すること。
- (2) 両耳の聴力レベルが30デシベル以上であること。ただし、医師が難聴の状態を勘案し、補聴器を装用する必要があると認めた場合はこの限りでない。
- (3) 身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。

なお、交付対象児及びその属する世帯の世帯員のいずれかの者について、補聴器の購入又は更新のあった月の属する年度(補聴器の購入又は更新のあった月が4月から6月までの間にあつては、前年度)分の市町村民税の所得割の額が46万円以上の場合は、交付対象から除外されます。

2 助成額

新たに補聴器を購入する場合又は耐用年数(5年)が経過した後に補聴器を更新する場合の購入経費(下記基準価格が上限)の100分の106に相当する額に3分の2を乗じた額(1,000円未満端数切捨て)

(県・市町・本人がそれぞれ3分の1ずつ負担)

※更新の場合は、原則、前回購入時から耐用年数を経過していることが必要です。

補聴器の種類	1台当たりの基準価格(円)	基準価格に含まれるもの	耐用年数
ポケット型	41,600	補聴器本体(電池を含む) (注1)イヤモールドを必要とする場合は、基準価格に9,000円を加算する。 (注2)デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。	原則として5年
耳かけ型	43,900	補聴器本体(電池を含む) (注1)イヤモールドを必要とする場合は、基準価格に9,000円を加算する。 (注2)ダンパー入りフックとした場合は、基準価格に240	

		<p>円を加算する。</p> <p>(注3) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。</p>
耳あな型 (レディメイド)	87,000	<p>補聴器本体 (電池を含む。)</p> <p>(注1) イヤモールドを必要とする場合は、基準価格に9,000円を加算する。</p> <p>(注2) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。</p>
耳あな型 (オーダーメイド)	137,000	<p>補聴器本体 (電池を含む。)</p> <p>(注) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。</p>
骨導式ポケット型	70,100	<p>補聴器本体 (電池、骨導レシーバー、ヘッドバンドを含む。)</p> <p>(注) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。</p>
骨導式眼鏡型	120,000	<p>補聴器本体 (電池を含む。)</p> <p>(注1) 平面レンズを必要とする場合は、基準価格に1枚につき3,600円を加算する。</p> <p>(注2) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。</p>
軟骨伝導補聴器	120,000	<p>補聴器本体 (電池を含む。)</p> <p>(注1) 平面レンズを必要とする場合は、基準価格に1枚につき3,600円を加算する。</p>

		(注2) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000円を加算する。	
--	--	---	--

注1 災害その他の本人の責任によらない事情により、亡失・毀損した場合で、新たな補聴器を購入することが必要と認められる場合には、耐用年数の経過前であっても、購入する経費に対して助成を行うことが可能です。

注2 デジタル式補聴器で、調整が必要な場合に加算することができる、「補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者」は、認定補聴器専門店で配置されている言語聴覚士又は認定補聴器技能者とします。

注3 軟骨伝導補聴器は、気道式補聴器（ポケット型、耳かけ型、耳あな型）、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、軟骨伝導補聴器が間違いなく適合することが認められる場合に限る。

3 申請に必要な書類（購入前に市町に対して申請の手続きが必要です。）

①難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

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)第59条第1項の規定による指定医療機関※の医師が、対象児の聴力検査をした上で交付した難聴児補聴器購入費用助成金交付意見書

※ 県内の指定医療機関：耳鼻咽喉科

- ・医療法人社団 真鍋医院
- ・高松赤十字病院
- ・香川県立中央病院
- ・香川大学医学部附属病院

③意見書の処方に基づき公益財団法人テクノエイド協会が認定した補聴器専門店が作成した見積書

デジタル式補聴器で、調整が必要な場合は、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者が調整を行う旨、見積書に明記すること。

④交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況がわかる資料

⑤その他市町長が必要と認める書類

4 請求に必要な書類

難聴児補聴器購入費用助成金請求書（領収書添付）

デジタル式補聴器で調整が必要な場合は、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者が調整を行ったことを証明する書類

5 申請・問合せ先

申請手続き等の詳細は、各市町障害者福祉担当課の窓口にお問い合わせください。

香川県 健康福祉部 障害福祉課 地域生活支援グループ TEL 087-832-3292

年 月 日

難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

〇〇市(町)長 殿

(申請者)

居住地

〒

TEL

氏名

児童氏名

下記により、難聴児補聴器購入費用助成金の交付を申請します。
 購入費用助成金の交付審査のため、私の世帯の住所登録資料、税務資料、補聴器の購入状況について、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

購入等を希望する補聴器の種類			
購入等を希望する業者名	名称 所在地 電話番号		
交付対象児の保護者名		児童との続柄	
身体障害者手帳の申請の有・無	有・無 ※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（旧障害者自立支援法）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の添付を求めています。		
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費用助成金交付 <input type="checkbox"/> 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（旧障害者自立支援法）に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他
備考			

難聴児補聴器購入費用助成金交付意見書

氏名		男・女	生年 月 日	年 月 日生 (歳)	
住所					
医 学 的 所 見	難聴の種別	伝音性難聴 ・ 感音性難聴 ・ 混合性難聴			
	貼 付 欄				
	※オーディオグラム、または幼児聴力検査結果を必ず添付してください。				
	平均聴力レベル	左耳	dB	右耳	dB
補 聴 器 処 方	装 用 耳	右耳 ・ 左耳 ・ 両耳		イヤモールド	要 ・ 否
				ダンパー入りフック	要 ・ 否
	タイプ	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイド) <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 (オーダーメイド)		<input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型 <input type="checkbox"/> 軟骨伝導補聴器	
適応理由等	<p>※平均聴力レベルが30デシベル未満で、難聴の状態を勘案し、補聴器を装用する必要があると認められる場合は、その理由を記載してください。</p> <p>※耳あな型及び骨導式、軟骨伝導補聴器の処方では、必要性を必ず記入してください。特にオーダーメイドの場合はレディメイドでは適応できない理由、骨導式、軟骨伝導補聴器の場合は他の型の補聴器では適応できない理由を記載してください。</p>				
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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医療機関の医師に限る。 ・ 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・生活上必要と認めた場合は、両側に装用ができるものとする。 ・ 対象は、両耳の聴力レベルが30デシベル以上（ただし、医師が難聴の状態を勘案し、補聴器を装用する必要があると認めた場合はこの限りでない。）で、身体障害者手帳の交付の対象とならない難聴児とする。 				
以上のおり意見する。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div>			年 月 日		
医療機関名 医師氏名			確認者 職氏名		

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

_____さんの難聴児補聴器購入費用助成金交付申請について、
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日

(認定補聴器専門店名及び代表者名)

調整を行った者の氏名 ()

(言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者)

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※添付欄