

熊本県難聴児補聴器購入費助成事業実施要項

1 事業の目的

この要項は、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の聴覚障がいのある児童（以下「難聴児」という。）に対して、補聴器の装用による音声言語能力の向上や、等しく学び、成長できる環境を確保し、コミュニケーション能力等の成長に寄与するため、補聴器の購入費用の一部を助成し、もって難聴児の福祉の増進を図ることを目的とする。

2 定義

この要項において、「補聴器購入費」とは、新たに補聴器を購入する経費又は別表に定める耐用年数が経過した後に補聴器を更新する経費をいう。

3 事業実施主体

本事業の実施主体は、市町村とする。

4 交付対象児

助成金の交付対象児は、次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- (1) 熊本県内に住所を有していること。
- (2) 両耳の聴力レベルが30dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。
- (3) 補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

5 所得制限

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76条第1項ただし書に規定する、補装具費支給制度の所得制限を準用する。

6 助成額

市町村は補聴器の種類に応じ別表に定める1台当たりの基準価格の範囲内で、補聴器購入費の3分の2を限度に助成する。

7 県の補助

県は、市町村に対し、その助成した額の2分の1以内を補助する。

8 交付申請

助成金の交付を希望する交付対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、助成金交付申請書に以下に掲げる書類を添えて、市町村長に申請するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師が、交付対象児の聴力検査を実施した上で交付した意見書
- (2) (1)の意見書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書

(3) その他市町村が必要と認めるもの

9 交付決定等

市町村長は、交付申請の内容を審査し、助成金の交付又は却下を決定する。この場合において、市町村（熊本市は除く。）は、必要があると認めるときは、熊本県福祉総合相談所に対し専門的な技術的助言を求めることができる。

10 補聴器の購入

申請者は、9の規定による交付決定後速やかに、補聴器販売事業者において、補聴器を購入するものとする。

11 助成金の請求及び支払い

助成金の請求及び支払方法は次に定めるとおりとする。

(1) 10の規定により補聴器を購入した申請者は、請求書に補聴器の購入にかかる領収書を添えて、市町村長に請求するものとする。

(2) 市町村長は、(1)により請求があったときは、内容を審査の上、別表に掲げる基準価格と実際の購入価格とを比較して少ない方の額の3分の2を上限として、助成金を支払うものとする。

(3) 市町村は、申請者の利便性を考慮し、上記(1)及び(2)によらず、申請者に支払うべき額を上限として、申請者に代わり補聴器販売業者に支払うことができる。

12 県補助金の交付

知事は、別に定める補助金交付要領により、予算の範囲内で11の(2)に規定する市町村が助成した額の2分の1(1,000円未満の端数は切り捨てる。)を補助するものとする。

13 関係帳簿の作成

市町村は、補聴器購入費の助成に当たり、難聴児補聴器購入費助成台帳（別紙様式）を備え、必要な事項を記載するものとする。

附 則

この要項は、平成24年9月19日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

この要項は、平成26年1月29日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

この要項は、平成30年7月5日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

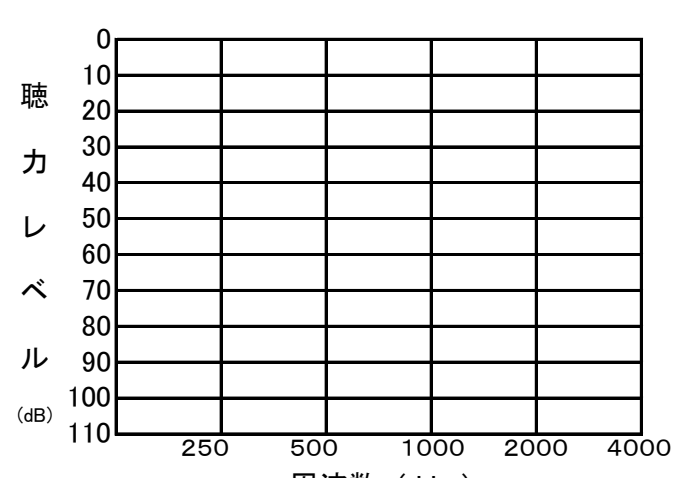
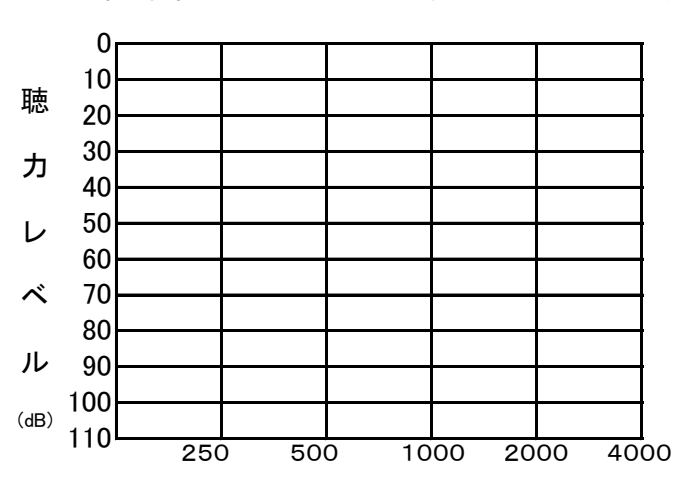
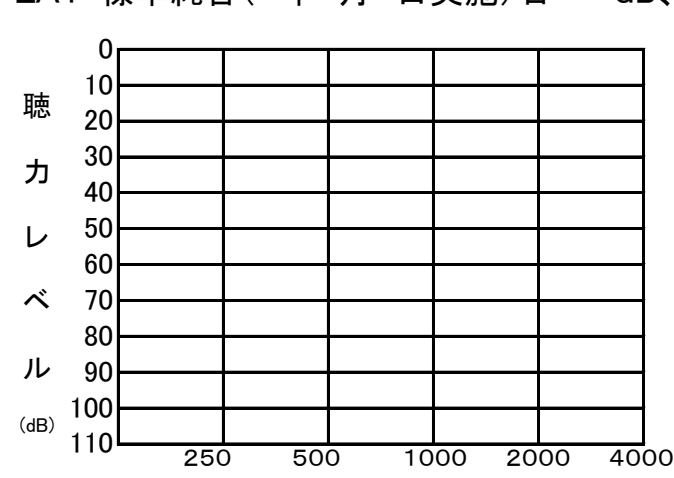
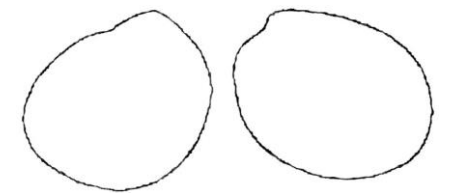
別表

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
軽度・中等度難聴用ポケット型	43,200 円	①補聴器本体（電池を含む。） ②イヤーマールド （注）イヤーマ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。	原則として 5年
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）	87,000 円	補聴器本体（電池を含む。）	
耳あな型（オーダーメイド）	137,000 円		
骨導式ポケット型	70,100 円	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 円	①補聴器本体（電池を含む。） ②平面レンズ （注）平面レンズを必要としない場合は、基準価格から1枚につき3,600円を除く。	

備考

- （１）補聴器の種類によっては対象者に条件がある。（詳細は、難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書裏面の難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点を参照すること。）
- （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円を加算すること。

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳未満)

氏名		男・女	H 年 月 日生(歳)
住所			
障がいの種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 伝音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ 感音性難聴 	ABR・ASSR閾値 (年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
補聴器の装用効果	右	有・無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
	左	有・無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印
補聴器の種類(処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他の型式() 理由 {		(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印 COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印 COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印 COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB  検査機関名 医師氏名 印
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。			装用耳(右・左・両) イヤーモールド(要・不要) 2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			検査機関名 医師氏名 印

1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。
 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)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。
 平成 年 月 日
 所在地
 医療機関名
 医師氏名 印

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・〇〇市(町・村)内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB以上で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- ・補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

補聴器の種類(処方)

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・重度難聴用:90dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・高度難聴用:70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・軽・中等度難聴用:40~70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳掛け型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

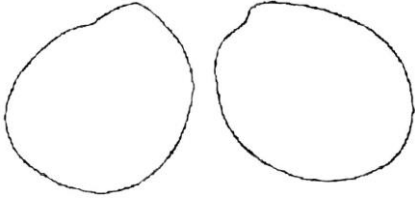
- (1)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2)その他、留意すべき事項もこの欄に御記入ください。

検査結果

- (1)補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- (2)ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- (3)ASSR閾値は、周波数 500、1,000、2,000Hz 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。
- (4)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。
- (5)3回の検査の間隔は、最低でも2週間空けてください。

※不明な点は住所を有している市町村にお問い合わせください。

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳以上)

氏名		男・女	H 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		オーディオグラム 聴力検査 聴力純音・その他() (年 月 日実施) オーディオメーターの型式 _____
聴力	右		dB
	左		dB
補聴器の装用効果	右	有・無	
	左	有・無	
補聴器の種類 (処方)	1. 補聴器の種類 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他() 理由 { 装用耳(右・左・両) イヤーモールド(要・不要) 2. 現在までの補聴器装用の有無 右(有・無) 左(有・無)		
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。		耳鼻疾患の有無及び障がいの状況	
			
1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。 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)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。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印			

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・〇〇市(町・村)内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB以上で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- ・補聴器の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

聴力

- ・気導・骨導聴力をご記入ください。

補聴器の種類(処方)

- ・原則両耳装用です。片耳装用の場合は、理由を記載してください。

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・重度難聴用:90dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・高度難聴用:70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・軽・中等度難聴用:40~70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- (1)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2)その他、留意すべき事項もこの欄を御利用ください。

検査結果

- (1)補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。

※不明な点は住所を有している市町村にお問い合わせください。

難聴児補聴器購入費助成台帳

市町村名：_____

単位：円

支給 番号	申請受付 年月日	対象児童名	生年月日	住所地	保護者名	支給決定 年月日	補聴器 の種類	装用耳	補聴器購入事業者 名	支給 年月日	購入費等 の額	助成対象 額	利用者 負担額	支給金額	区 分 (新規・更新)	備考

(注)補聴器の種類

- (1) 軽度・中等度難聴用ポケット型
- (2) 軽度・中等度難聴用耳かけ型
- (3) 高度難聴用ポケット型
- (4) 高度難聴用耳かけ型
- (5) 重度難聴用ポケット型
- (6) 重度難聴用耳かけ型
- (7) 耳あな型(レディメイド)
- (8) 耳あな型(オーダーメイド)
- (9) 骨導式ポケット型
- (10) 骨導式眼鏡型