

釧路障 第 5 9 8 号  
平成 2 7 年 1 2 月 1 5 日

一般社団法人 釧路市医師会  
会長 齋 藤 孝 次 様

釧路市福祉部次長 奥 山 栄 子  
(障がい福祉課長) (公印省略)

### 釧路市難聴児補聴器購入等助成事業の実施について

時下、貴職におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、この度の釧路市難聴児補聴器購入等助成事業の実施にあたりましては、釧路市医師会様のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市では、平成 28 年 1 月から、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の難聴児に対し、言語の習得や教育等における健全な育成を図ることを目的に、「釧路市難聴児補聴器購入等助成事業」を実施することといたしましたのでお知らせいたします。

貴院（会）におかれましては、申請時に提出していただく「釧路市難聴児補聴器購入等助成医師意見書」について、特段のご配慮をいただきますようお願いいたします。

また、本事業の概要や申請書等は、釧路市ホームページに掲載しておりますので、ご活用願いますとともに、本事業の内容等において、ご不明な場合は下記までお問い合わせ願います。

### 記

#### 1 送付資料

- (1) 事業概要
- (2) 釧路市難聴児補聴器購入等助成事業実施要綱
- (3) 申請書、意見書様式

#### 2 釧路市障がい福祉課ホームページアドレス

##### (1) 制度の概要について

[http://www.city.kushiro.lg.jp/kenfuku/fukushi/shougaisha\\_f/seido/cat00000497.html](http://www.city.kushiro.lg.jp/kenfuku/fukushi/shougaisha_f/seido/cat00000497.html)

##### (2) 申請書ダウンロード

<http://www.city.kushiro.lg.jp/shinseisho/fukushi/cat00000838.html>

(問合先) 釧路市福祉部障がい福祉課

釧路市黒金町 7 丁目 5 番地

釧路市役所 防災庁舎 3 階

電話 0154-31-4537 FAX 0154-25-3522

## 釧路市難聴児補聴器購入等助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 釧路市難聴児補聴器購入等助成事業（以下「本事業」という。）は、身体障害者手帳の交付の対象とならない軽度・中等度の難聴児（以下「難聴児」という。）に対し、補聴器の購入等に要する費用の全部又は一部を助成することにより、難聴児の言語の習得や教育等における健全な育成を支援し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、釧路市とする。

### (事業内容)

第3条 本事業は、難聴児に対し、補聴器の購入等に要する費用の全部又は一部を助成する。

2 支給対象の補聴器は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第2条第4項に規定する医療機器であり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令（昭和36年1月26日政令第11号）別表第1機械器具の項第73号に該当するものとする。

3 補聴器は、装用効果の高い側の耳への片側装用とし、難聴児につき1個分とする。ただし教育、生活上において、両側の装用を医師が特に必要と認めたもの又は教育機関等における訓練により両耳に補聴器を装用してきた難聴児については、一人につき2個分を支給することができる。

### (交付対象者)

第4条 助成金の交付の対象となる難聴児（以下「対象児」という。）は、本市に住所を有し次の要件のすべてを満たす18歳未満の者とする。

- (1) 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満で、身体障害者手帳の交付の対象とならない難聴児であること。
- (2) 中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下ではなく、耳鼻咽喉科的治療により聴力が回復する見込みがないこと。
- (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者。

2 本事業の対象児及び保護者は、前項の規定に加え、次の要件に該当するものとする。

- (1) 助成金の交付申請を行う月の属する年度（4月から6月までにあっては前年度）において、当該対象児が属する世帯に市民税の所得割納税額が46万円以上の者がいないこと。
- (2) 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第20号）及びその他の法令に基づく給付であって、本

事業による助成に相当するものを受けられない者。

(助成対象費用)

第5条 本事業の交付の対象となる費用は、補聴器の購入又は修理に関する費用（別表1に定める耐用年数が経過した場合又は市長が特に必要と認める場合に補聴器を更新する経費を含む。）とし、交付基準額は別表1のとおりとする。

(自己負担額)

第6条 保護者は、別表2の費用徴収基準より、原則として前条第1条に定める助成基準額の1割（以下「自己負担額」という。）を負担するものとする。

2 保護者は、前条第1項に定める助成の対象となる費用が助成基準額を上回るときは、自己負担額に加え、助成の対象となる費用から前条第1条に定める助成基準額を控除した額を負担しなければならない。

(交付申請)

第7条 助成を受けようとする対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、補聴器の購入又は修理を行う前に、所定の申請書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号及び第2号を除く書類については、公簿等で確認できるとき又は市長が認めたときは省略することができる。

- (1) 難聴児補聴器購入等助成医師意見書（身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。）第15条第1項に規定する医師が交付したもの。（様式1。以下「意見書」という。））
- (2) 意見書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した見積書（以下「見積事業者」という。）
- (3) 身体障害者手帳の申請に係る却下決定通知書の写し（身体障害者手帳の交付の対象となる可能性のあると市長が認める場合に限る。）
- (4) 対象児の属する世帯全員の市民税所得割額を確認することができる書類
- (5) その他市長が必要と認めた書類

(交付の決定)

第8条 市長は、前条に規定する申請があったときは、速やかに内容を審査し、助成金交付の適否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定による審査に当たり必要と認めるときは、北海道心身障害者総合相談所に補聴器の構造、機能等に関する技術的な意見を求めることができる。

3 市長は、本条第1項の審査の結果、助成金の交付を決定したときは、申請者に対し、助成金交付決

定通知書（様式2）により通知するとともに、補聴器購入等支給券を（様式3。以下「支給券」という。）を交付するものとする。

4 市長は、本条第1項の審査の結果、申請を却下することを決定したときは、申請者に対し助成金交付申請却下通知書（様式4）により通知するものとする。

（交付決定の取り消し）

第9条 市長は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、第8条の規定による交付決定を取り消すことができる。

（1）不正又は虚偽の申請により交付決定を受けた場合

（2）当該用具について、交付の目的に反しての使用、譲渡、交換、貸与、担保に供する等の行為があったものと市長が認めた場合

（3）その他市長が交付決定を不相当と認めた場合

2 市長は、前項の交付決定の取り消しに伴い、当該交付に要した費用の一部又は全部を申請者に返還させることができる。

（補装具の交付）

第10条 支給券の交付を受けた申請者は、事業者に連絡し、補装具の給付を依頼するものとする。

2 事業者は、前項による申請者からの依頼を受けたときは、第6条に定める自己負担額が発生する場合は次条の規定のとおり徴収の上、交付券と引き換えに当該補装具を交付するものとする。

（公費負担額）

第11条 市長は、事業者が第10条により補装具を申請者へ交付したときは、申請者の経済的負担軽減のため、個別給付事業に係る給付方式と同様、申請者が事業者へ公費負担額の請求及び受領を委任する代理受領方式を採用するものとする。

2 前項の規定により、申請者に代わり、助成金の請求及び受領を行う事業者は、補聴器の納品又は修理後に支給券に記載された申請者の負担すべき額を徴収の上、補聴器の引渡しを行い、当該申請者の補聴器受領印が押印された支給券の引渡しを行わなければならない。

3 前項の事業者が助成金を請求するときは、引渡しを受けた支給券を添付して市長に請求するものとする。

4 市長は、前項の助成金について、内容を審査した上、適正と認めたときは請求書を受け取った日から30日以内に支給券に記載された公費負担額を、事業者に対し支払うものとする。

5 前項の規定による支払いがあったときは、当該申請者に対して助成金の交付があったものとみなす。

(補聴器の管理)

第12条 難聴児及びその保護者は、本事業による助成を受けて購入又は修理した補聴器を助成の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸与し、又は担保に供してはならない。

2 難聴児及びその保護者は、当該補聴器を良好に、かつ、最善の注意義務をもって管理・使用し、維持に要する経費を負担しなければならない。

(台帳の整備)

第12条 市長は、本事業の執行状況を明らかにするため、支給決定台帳を整備しなければならない。

(準用)

第13条 この要綱に定めのない事項については、別に定めるものを除き、次の各号の規定を準用するものとする。

(1) 「補装具の種目、購入又は修理に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。)

(2) 「補装具費支給事務取扱指針について」(平成18年9月29日障発第0929006号厚生労働省社会・援護局障害福祉部長通知)

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定めるものとする。

附 則(平成27年12月14日決裁)

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

別表1（第5条関係）

項目	内容	耐用年数
補聴器の購入	告示に定める補聴器の購入基準のうち、高度難聴用耳かけ型の購入基準額（価格は電池を含む。イヤモールドを必要する場合は、告示の修理基準の表に掲げる交換の額を加算した額）と、実際に補聴器の購入に要する費用のどちらか低い額とする。	5年
補聴器の修理	本制度で助成を受けて購入又は制度開始前に自費により購入した補聴器について、告示で定める補聴器の修理基準により算定した耳かけ型補聴器の修理基準額（ポケット型、耳あな型又は骨導型補聴器については、耳かけ型の修理基準にない部品については助成対象としない。）と、実際に補聴器の修理に要する費用のどちらか低い額とする。  ただし、補聴器の交換用電池代、FM型受信機、オーディオチュー及びFM型ワイヤレスマイクに係る修理費用については助成対象としない。	

別表2（第6条関係）

所得区分	自己負担額
生活保護法による被保護世帯及び当該年度分の市町村民税非課税世帯	0円
一般世帯（当該年度分の市町村民税課税世帯）	助成基準額の1割

## 備考

- この表において「市町村民税」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税をいう。
- この表において「世帯」とは、保護者が属する住民基本台帳上の世帯をいう。
- 自己負担額を算出するにあたり、助成基準額に1割を乗じた後に1円未満の端数が生じる場合は、これを切り捨てるものとする。

釧路市難聴児補聴器購入費等助成事業

## 軽・中等度 難聴児の補聴器購入費等を助成します

補聴器装用による言語の習得や教育等における健全な育成を図ることを目的として、身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児に対し補聴器購入費を助成します。

聴力レベル		聞こえの程度
dB	分類	
0	健聴	
10		
20		
30	軽度難聴	普通の話声がやっと聞こえる程度
40		
50	中度難聴	大声で話せば何とか聞き取れる程度
60		
70	高度難聴	大きな声でも聞きにくい
80		
90	重度難聴	通常の音が聞こえない
100		
110		
120		
130		

dB=デシベル

### 1. 対象者

釧路市に住所を有し、次の要件のすべてを満たす18歳未満の児童とする。

- ①両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満で身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児であること。
- ②中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下ではなく耳鼻咽喉科的治療により聴力が回復する見込みがないこと。
- ③補聴器の使用により、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方

#### 【注意】

※ただし、他の法令で補聴器の交付が受けられる方や市民税所得割 46 万円以上の方がいる世帯の方は対象外となります。

### 2. 助成内容

- ①補聴器の購入費：補装具費支給制度「高度難聴用耳かけ型補聴器」購入基準額（平成 27 年度は 1 台あたり 43,900 円）を助成限度額とします。
- ②補聴器の修理費：修理の種類や内容により基準額が決まっています。なお、該当しない内容もありますので詳しくはお問い合わせください。



### 3. 自己負担

助成限度額を超える補聴器を購入・修理する場合、超えた分は自己負担となりますのでご了承ください。

所得区分	自己負担額
生活保護法による被保護世帯及び当該年度分の市町村民税非課税世帯	なし
一般世帯（当該年度分の市町村民税課税世帯）	補聴器購入（修理）基準額と実際の購入（修理）額のいずれか低い方の金額の 1 割

※上記表は助成限度額における自己負担額

#### 4. 手続きの流れ

	項目	内容
相談	① 相談	障がい福祉課（23 番窓口・Tel31-4537）に相談ください。 （助成対象等の確認・申請書類等の説明をいたします）
	② 受診・検査	対象者は、耳鼻咽喉科の医師の診察（聴力検査等）を受け補聴器装用に係る意見書（様式指定）の交付を受けてください。 ※聴力検査等により両耳70デシベル以上の聴力の場合は、身体障害者手帳用意見書（様式指定）の対応となります。
	③ 見積依頼	申請者は、補聴器業者に対し、医師の意見書に基づいた見積書（任意様式）の作成を依頼して下さい。
申請	④ 申請	申請者は、印鑑を持参の上、下記の書類を市に提出して下さい。 ①申請書 ②医師意見書 ③見積書 ④課税証明書等
支給決定	⑤ 支給決定	市は、提出された書類を審査し、必要と認めた場合は、申請者に助成金交付決定通知書、補聴器購入支給券を送付します。
購入	⑥ 納品	申請者は、決定通知書、支給券を受領後、補聴器業者へ補聴器の作成を依頼して下さい。納品後、支給券に「受領年月日」・「受領者氏名印」及び委託者欄（申請者）に記入・押印の上、自己負担金（負担金がある方のみ）とともに補聴器業者に渡して下さい。

※阿寒、音別地区にお住まいの方は各行政センターにおいて相談・申請ができます。

阿寒町行政センター 保健福祉課 0154-66-2121

音別町行政センター 保健福祉課 01547-9-5151

#### 5. Q&A

**Q** すでに購入の助成を受けている場合、2度目以降の助成は可能ですか

A 補聴器購入後、5年以上経過している場合は再申請が可能です。再申請時も18才未満であることが条件となります。ただし、医師が今までとは異なる機種の補聴器が必要であると判断した時はこの限りではありません。

**Q** 両耳の補聴器助成は受けられますか

A 医師が意見書にて必要と認めた場合に可能です。

**Q** 破損した場合はどうしたらよいですか

A 修理が優先されます。修理が困難であると認められた時や修理費が購入費用を上回る場合は再助成の対象となります。

**Q** 電池の交換やイヤーマールドの修理は修理費助成の対象になりますか

A 補聴器の交換用電池は助成の対象になりません。イヤーマールドの修理については補聴器購入の際、医師の意見書にてイヤーマールドの必要性が認められていた場合のみ、対象となります。

**Q** すでに自分で購入した補聴器の修理についても助成の対象になりますか

A 対象となります。ただし、補聴器の機種によって該当にならない場合もありますので詳しくはお問い合わせください。

#### 問い合わせ先

釧路市 福祉部 障がい福祉課

釧路市 黒金町7丁目5番地 市役所防災庁舎 3階 23番窓口

電話 0154-31-4537 FAX 0154-25-3522

# 釧路市難聴児補聴器購入等助成金交付申請書

No.

釧路市長宛

平成 年 月 日

[申請者] 住 所

保護者

氏 名

印

(対象児童との続柄 )

電話番号

下記のとおり、釧路市難聴児補聴器購入等助成金の交付申請（購入・修理）をいたします。  
また、釧路市難聴児補聴器購入等助成金（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、  
税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾するとともに、決定内容に  
ついて下記の補聴器販売店へ通知することに同意します。

対象児童	ふりがな 氏 名	男・女	平成 年 月 日生 ( 才)
	住 所 (アパート・マンション名 号室)	(※上記保護者と異なる場合に記入して下さい。) 電話 -	
購入又は修理を希望する補聴器の種類			
購入又は修理を希望する補聴器販売店	名称		
	所在地		
	電話番号		
身体障害者手帳の有無 □無 □有 ⇒	手帳番号	第 号	障害等級 級
	交付年月日	年 月 日	
	(障害名)		
過去5年間の補聴器購入歴 □無 □有 ⇒	右耳 ( 年 月 日購入⇒□自費購入 □難聴児補聴器購入等助成事業で購入 □その他)		
	左耳 ( 年 月 日購入⇒□自費購入 □難聴児補聴器購入等助成事業で購入 □その他)		
該当する所得区分※	□生活保護世帯 □市民税非課税世帯 □市民税課税世帯 □一定所得以上		

※所得区分

- 生活保護世帯：生活保護受給世帯（単給世帯も含む）又は「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給世帯
  - 市民税非課税世帯：世帯員全員が市町村民税が非課税である世帯
  - 市民税課税世帯：世帯員のうち、市町村民税が課税されている者がいる世帯
  - 一定所得以上：市町村民税課税世帯のうち、市町村民税所得割の額が46万円以上の者がいる世帯
- ※ここでいう世帯とは、保護者が属する住民基本台帳の世帯をいいます。

# 釧路市難聴児補聴器購入等助成 医師意見書

様式 1

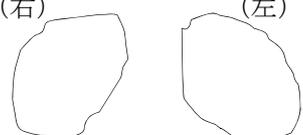
## 主治医の皆様へ

この意見書は釧路市に住所を有する以下の条件に当てはまる場合に記載していただくものです。

18歳未満の児童で

両耳の聴力レベルが **30 デシベル以上 70 デシベル未満** で **身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児**

※記載の際には裏面の留意事項をよくお読みください。

氏名			生年月日	年 月 日生 ( 歳)																																		
住所	釧路市																																					
難聴の原因	発生年月日 ( 年 月 日) 事故・疾病・先天性・その他																																					
経過	難聴の状況、これまでの治療経過等																																					
耳鼻咽喉科的治療による回復の見込み⇒ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																						
所見	<b>1. 聴力</b> (会話音域の平均聴力レベル) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>右</td> <td style="text-align: right;">dB</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td style="text-align: right;">dB</td> </tr> </table>		右	dB	左	dB	<b>5. 聴力検査の結果</b> (アは必須。イは必要に応じ記載)  <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">ア. 純音による検査</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">イ. 語音による検査</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">500 1000 2000 Hz</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: right;">最良語音明瞭度</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: right;">右 % ( dB)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: right;">左 % ( dB)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dB</td> <td></td> </tr> </table>				ア. 純音による検査	イ. 語音による検査	500 1000 2000 Hz		0	最良語音明瞭度	10	右 % ( dB)	20	左 % ( dB)	30		40		50		60		70		80		90		100		dB	
	右	dB																																				
左	dB																																					
ア. 純音による検査	イ. 語音による検査																																					
500 1000 2000 Hz																																						
0	最良語音明瞭度																																					
10	右 % ( dB)																																					
20	左 % ( dB)																																					
30																																						
40																																						
50																																						
60																																						
70																																						
80																																						
90																																						
100																																						
dB																																						
<b>2. 難聴の種類</b> <input type="checkbox"/> 伝音性難聴 <input type="checkbox"/> 感音性難聴 <input type="checkbox"/> 混合性難聴		※なお、語音明瞭度の場合は検査結果データを添付してください。																																				
<b>3. 鼓膜の状態</b> (右) (左) 																																						
<b>4. 補聴器装用による補聴器効果に関する意見</b>																																						
処方	右 ⇒ 補聴器装用 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤーモールド ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )		左 ⇒ 補聴器装用 ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 イヤーモールド ( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 )		両耳装用が必要な場合、その理由をご記載ください。																																	
上記のとおり意見する。 病院又は診療所名称 所在地 診療担当科名			平成 年 月 日 科 医師名 _____ 印																																			

## 【記載上の留意事項について】

検査の結果、聴覚障がいに係る身体障害者手帳の交付対象となる場合は、本事業による助成ではなく、身体障害者手帳を取得後、障害者総合支援法に基づく補装具費による補聴器支給が優先となります。

- 1 選択肢がある場合は、該当項目（□）にレ印を付けてください。
- 2 各記載欄に記載しきれないとき及び検査結果は、別紙に記載して添付していただいても結構です。
- 3 「経過」の欄には難聴の状況、これまでの治療の経過等を記載してください。また、耳鼻咽喉科的治療による聴力回復の見込みについて、ある・なしのいずれかにレ印を付けてください。（中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合、本事業による助成の対象外となります。）
- 4 「所見」の欄には、聴力検査の結果、難聴の種類、鼓膜の状態、補聴器装用による効果を記載してください。
  - (1) 「1 聴力」欄について、会話音域の平均聴力レベルを記載するものとし、周波数500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力レベル（dB値）をそれぞれa、b、cとした場合、次の算式により算定した数値とします。
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
  - (2) 「2 難聴の種類」には該当する欄にレ印を付け、「3 鼓膜の状態」には鼓膜の状態を具体的に記載してください。
  - (3) 「4 補聴器の装用効果」には、補聴器装用を必要とする理由及びその具体的効果について記載してください。
- 5 「処方」の欄には、適応となる補聴器の処方内容について、該当する欄にレ印を付けてください。なお、本事業の助成基準額は、補装具費支給基準における「高度難聴用耳かけ型」の補聴器の額と、実際に購入に要する費用のどちらか低い額となります。

また、両耳装用が必要な場合については、その理由を具体的に記載してください。

### 【問合せ先】

釧路市 福祉部 障がい福祉課

085-8505 釧路市黒金町7丁目5番地

釧路市役所 防災庁舎3階 23番窓口

電話 0154-31-4537 FAX 0154-25-3522