

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業

〈補聴器購入費用の一部を助成します〉

聴力が低下してきたことで、日常生活に支障があり、補聴器の装着が必要となった児童(18歳未満)への支援策として、補聴器購入費用の一部を助成します。

対象者

町内に住所がある児童(18歳未満)で次のすべてを満たす方

- 両耳の聴力レベルが70デシベル未満で、かつ、身体障害者手帳の交付対象外であること
- (一社)日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が指定した長野県内に所在する精密聴力検査機関の専門医により、補聴器の装用が必要であると診断されていること

助成金の額

補聴器の購入に係る助成

下記の基準表に定める基準額又は補聴器の購入にかかった費用のいずれか低い額の3分の2の額

〈基準表〉

名称	1台あたりの基準額	基準額に含まれるもの
軽度・中等度難聴用耳かけ型	46,400円	・補聴器本体 ・電池
骨導式ポケット型	74,100円	・補聴器本体
骨導式眼鏡型	126,900円	・電池 ・骨導レシーバー又はヘッドバンド

※イヤーマールドを必要とする場合は、9,500円の範囲内で上記基準額に加算

補聴器の修理に係る助成

「補装具の種目、購入又は修理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)に基づき、補聴器の修理に係る基準額を算定し、その3分の2の額

申請書類

- 軽度・中等度難聴児補聴器購入助成金交付申請書(様式第1号)
- 軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業意見書(様式第2号)
(補聴器の修理に係る助成の場合には、様式第2号の添付は不要)
- 様式第2号の意見書中の処方に基づき補聴器販売業者が作成した見積書

申請の方法

申請窓口は保健福祉課福祉係になります。

事前に購入された補聴器は助成の対象になりませんので、次の流れにそって申請してください。

- 1 上記の申請書類(様式1、様式2、見積書)を窓口に提出してください
(修理においては、様式2は不要です)
- 2 提出された申請書類を審査し、助成の可否を決定したうえ、通知書を送付します
- 3 通知書が届きましたら、購入又は修理の手続きを始めてください
- 4 購入又は修理完了後、交付請求書、領収書を提出いただき、助成金を交付します

その他

満18歳以上の方を対象とする「難聴者補聴器購入事業」については、町ホームページの【健康・福祉>高齢者支援>下諏訪町難聴者補聴器購入費補助事業について】をご覧ください。

お問い合わせ先

下諏訪町 保健福祉課 福祉係

電話:0266-27-1111(内線122)

FAX:0266-27-1676

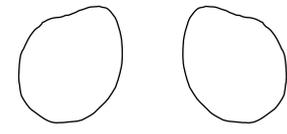
軽度・中等度難聴児補聴器購入助成金交付申請書

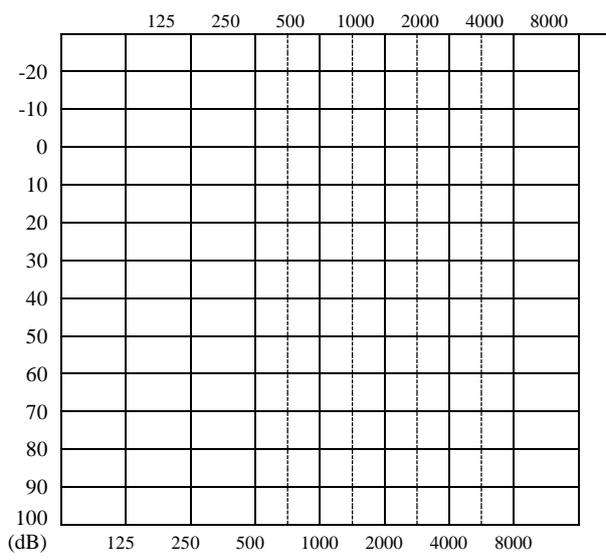
申請日		年	月	日
下諏訪町長 様		(申請者)		
		住所		
		氏名		
		対象者との続柄 ()		
		電話	()	
<p>下記のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入助成金の交付を申請いたします。</p> <p>軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業の申請の決定のため、私の世帯の住民基本台帳資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>				
対象者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
		性別	男・女	電話 ()
購入、修理する補聴器の種類		購入、修理する補聴器の装用耳 右・左・両耳		
※該当する項目に○をする。		耳掛け型 骨導式 その他 ()		
イヤモールド (要・否)				
補希 装望 具す 業 者る	名称			
	所在地			
	電話	()	FAX	()

(添付書類)

1. 軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業意見書（一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が指定した、県内に所在する精密聴力検査機関の専門医が記載した意見書）（様式第2号）
※修理の場合は不要
2. 意見書の処方に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書

軽度・中等度難聴児補聴器購入助成事業意見書

氏名	男 女		年 月 日生 (歳)
住所			
障害の種類	・伝音難聴 ・混合性難聴 ・感音難聴		オーディオグラム 聴力検査 (COR を含む) オーディオメーターの形式 _____
診断名			
聴力 (四分法)	右	dB	
	左	dB	
補聴器 の種類 (処方)	1 補聴器の装用耳 右・左・両耳		
	2 補聴器の種類 耳掛け型 イヤモールド (要・否) 骨導式 その他 () メーカー名： 機種名： 概算額： その他特記事項		
	3 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)		
	4 使用効果見込み		
現在までの障害状況 (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害の状況 
1 意見書の記載は日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が認定した精密聴力検査機関の専門医に限る。 2 難聴児用の補聴器は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活等真に必要なと認められた場合は2台とすることができる。 3 障害者自立支援法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		装用の必要性が認められます。	
年 月 日	所在地 医療機関名 医師名		



*気道・骨導聴力をご記入ください。
*装用下閾値 (音場) も記入
*ASSR による推定閾値 (四分法)
(年 月 日実施) 右: 左:
(年 月 日実施) 右: 左: