

## 太田市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、聴力低下により日常生活を営むのに支障がある在宅の高齢者に対し、令和4年10月1日以降に購入する補聴器本体の当該購入に要する費用の一部を助成することにより、聴力低下による閉じこもりにならないよう高齢者の外出及び地域交流を支援し、もって高齢者福祉の増進に資することを目的とする。

### (対象者)

第2条 助成金の交付を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者又はその他市長が特に必要であると認める者とする。

- (1) 市内に居住し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (2) 第5条の規定による申請時に65歳以上の者であること。
- (3) 聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けていない者であること。
- (4) 両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満で、耳鼻咽喉科の医師より補聴器の使用が必要であると認められた者であること。

### (助成対象費用等)

第3条 助成の対象となる費用は、令和4年10月1日以降に購入する補聴器本体の当該購入に要する費用とする。

2 助成の対象となる補聴器（以下「補助対象補聴器」という。）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6項に規定する管理医療機器である補聴器とする。

### (助成金の額)

第4条 助成金の額は、令和4年10月1日以降に購入する補聴器本体の当該購入に要する費用の2分の1に相当する額（1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。）とし、30,000円を限度とする。

2 助成金の交付は、対象者1人につき1回限りとする。

3 助成金は、予算の範囲内において交付する。

### (交付申請)

第5条 助成金の交付を申請しようとする者（以下「申請者」という。）は、太田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 耳鼻咽喉科の医師が作成した太田市高齢者補聴器購入費助成事業意見書（様式第2

号)

(2) 購入を希望する補聴器の見積書

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(交付決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、助成金を交付することを決定したときは太田市高齢者補聴器購入費助成金交付決定通知書（様式第3号）（以下「決定通知書」という。）により、助成金を交付しないことを決定したときは太田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請却下通知書（様式第4号）により、速やかに当該申請者に対し通知するものとする。

(助成金の請求及び支払)

第7条 助成金の交付の決定を受けた者（以下「決定者」という。）は、決定通知書に記載された補聴器販売事業者から、補助対象補聴器を購入し、交付申請日の属する年度内に太田市高齢者補聴器購入費助成金請求書（様式第5号）（以下「請求書」という。）に領収書を添付して、市長に提出するものとする。

2 市長は、請求書の提出を受けたときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該請求書に記載された金額を決定者が指定する金融機関の口座へ振り込むものとする。

(その他)

第8条 この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から施行する。

様式第 1 号(第 5 条関係)

|  |         |                                      |
|--|---------|--------------------------------------|
| (宛先) 太田市長  |         | 年 月 日                                |
| 太田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請書   |         |                                      |
| 太田市高齢者補聴器購入費助成事業について、助成金の交付を受けたいので、太田市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により申請いたします。また、助成金の交付を受けることができる者に該当するかどうかを市の担当者が確認するために、私に対する身体障害者手帳の交付の有無を確認すること、及び申請内容を審査するために、私の住民登録資料について、市の担当者が閲覧し、並びに各関係機関に調査し、及び照会することを承諾します。 |         |                                      |
| 申請者<br>(対象者)   | 住所      | 〒 ー                                  |
|  | フリガナ氏名  | (男 ・ 女)                              |
|  | 生 年 月 日 | 大正 ・ 昭和 年 月 日 ( 歳)                   |
|  | 電 話 番 号 |                                      |
| 購入を希望する補聴器の額   |         | 円                                    |
| 購入を希望する補聴器の種類と名称   |         | 耳あな型 耳かけ型 ポケット型 その他 ( )<br>メーカー： 名称： |
| 購入を希望する販売事業者   |         | 名 称<br>所在地<br>電話番号                   |
| 身体障害者手帳申請の有無<br>(聴覚障害のみ)   |         | 無 ・ 有 ( 級)                           |
| 連絡先  |         | フリガナ氏名 続柄 ( )<br>電話番号                |

添 付 書 類

- ☐ 太田市高齢者補聴器購入費助成事業意見書(様式第 2 号)(申請日前 3 か月以内のものを提出してください。)
- ☐ 購入を希望する補聴器の見積書(宛名が申請者のもので購入先の事業者が作成したもの)

耳鼻咽喉科の医師に記入してもらってください。  
意見書作成のための費用は、自己負担です。  
オーディオグラムを添付してください。

太田市高齢者補聴器購入費助成事業意見書

|          |                                   |  |  |
|----------|-----------------------------------|--|--|
| 申請者（対象者） | 住所                                | 〒                      ー   |  |
|          | フリカゝナ<br>氏                      名 | （    男    ・    女    ）  |  |
|          | 生 年 月 日                           | 大正    ・    昭和                      年                      月                      日 （                      歳） |  |

  

【対象聴力】

両耳の聴力レベルが４０デジベル以上７０デシベル未満で、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない。

上記の者は、聴力低下のため日常生活を営むのに支障があり補聴器の使用が必要であることを認めます。

年                      月                      日

医療機関    所在地

名    称

医師氏名

電話番号

印

※    申請者（対象者）にオーディオグラム（純音聴力図）を交付してください。

様式第3号(第6条関係)

|   |   |              |  |
|---|---|--------------|--|
| 住 所   |   | 指令第<br>年 月 日 |  |
| 氏 名   |   | 様            |  |
|   |   | 太田市長         |  |
|   |   | 印            |  |
| 太田市高齢者補聴器購入費助成金交付決定通知書                          |   |              |  |
| 年 月 日付けで交付申請のありました助成金について、次のとおり決定いたしましたので通知します。 |   |              |  |
| 1 事業等の名称  | 太田市高齢者補聴器購入費助成事業  |              |  |
| 2 購入に要する費用額                                     | 円   |              |  |
| 3 助成金額  | 円   |              |  |
| 4 補助対象補聴器                                       | 耳あな型 耳かけ型 ポケット型 その他 ( )<br>メーカー： 名称：  |              |  |
| 5 補聴器販売事業者                                      | 名 称<br>所在地<br>電話番号  |              |  |
| 6 決 定 日   | 年 月 日   |              |  |
| 7 請 求 期 限                                       | 年 月 日   |              |  |
| 8 注 意 事 項                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>・必ず見積書を作成した販売店で見積書と同じ補聴器を購入してください。</li><li>・請求期限までに購入した補聴器の領収書を添付し、太田市高齢者補聴器購入費助成金請求書（様式第5号）を長寿あんしん課まで提出してください。</li><li>・請求期限を過ぎると、この決定は無効になります。</li><li>・年度をまたいでの請求はできません。</li></ul> |              |  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 指令第   | 年 | 月 | 日 | 号 |
| 住 所   |   |   |   |   |
| 氏 名   |   |   |   |   |
| 様   |   |   |   |   |
| 太田市長  |   |   |   | 印 |
| 太田市高齢者補聴器購入費助成金交付申請却下通知書                        |   |   |   |   |
| 年 月 日付けで交付申請のありました助成金について、次のとおり却下いたしましたので通知します。 |   |   |   |   |

|          |                  |
|----------|------------------|
| 1 事業等の名称 | 太田市高齢者補聴器購入費助成事業 |
| 2 却下の理由  |                  |

年 月 日

太田市高齢者補聴器購入費助成金請求書

(宛先) 太田市長

住 所

氏 名

印

このことについて、下記のとおり助成金を請求します。

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 請求金額<br>(助成金額) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

振 込 先

|           |   |      |
|-----------|---|------|
| 金 融 機 関 名 | 銀 行<br>信 用 金 庫<br>労 働 金 庫<br>信 用 組 合<br>農 業 協 同 組 合 |      |
|           | 本店 ・ 支店<br>支所 ・ 出張所                                 |      |
| 預 金 種 別   | 1 普通  | 2 当座 |
| 口 座 番 号   |   |      |
| (フリガナ)    |   |      |
| 口 座 名 義 人 |   |      |

※ 領収書を添付してください。