

大村市告示第114号

大村市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱を次のように定める。

令和8年6月5日

大村市長 園田裕史



大村市高齢者補聴器購入費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 市は、聴力の低下により日常生活に支障が生じている高齢者の積極的な社会参加を支援するとともに、認知症の発症及び進行の予防に資するため、予算の定めるところにより、補聴器を購入する高齢者に対し、大村市高齢者補聴器購入費補助金(以下「補助金」という。)を交付するものとし、その交付については、大村市補助金等交付規則(昭和42年大村市規則第20号。以下「規則」という。)及びこの要綱の定めるところによる。

(補助対象者)

第2条 補助金の交付の対象となる者(第4条第1号において「補助対象者」という。)は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本市に住所を有する65歳以上の者
- (2) 両耳の聴力レベルがいずれも50デシベル以上である者
- (3) 身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める障害程度等級の聴覚障害に関する等級に該当しない者
- (4) 補聴器の装用により、認知機能の低下の防止等一定の効果が期待できると医師が判断する者
- (5) 介護保険料を滞納していない者
- (6) 補助金の交付の申請の日から過去5年以内に補助金の交付を受けていない者

(補助金の額)

第3条 補助金の額は、補聴器の購入代金と別表に定める1台当たりの基準価格とを比較していずれか少ない方の額に10分の9を乗じて得た額（1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とする。ただし、39,000円を限度とする。

（申請の手続）

第4条 規則第5条の規定により、補助金の交付を受けようとする者は、様式第1号による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。

- (1) 医師が補助対象者の聴力検査を実施した上で作成した様式第2号による意見書
- (2) 補聴器の見積書
- (3) 補聴器の仕様書
- (4) その他市長が必要と認める書類

（補助券の交付等）

第5条 市長は、補助事業者等に対し、様式第3号による補助券（以下「補助券」という。）を交付するものとする。

2 補助事業者等は、補助券に記載された決定業者（以下「決定業者」という。）に当該補助券を提示し、又は提出し、速やかに補聴器を購入するものとする。

（補助金の支払）

第6条 補助事業者等は、補助金の支払を受けようとするときは、様式第4号による請求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。

- (1) 補助金の交付決定通知書の写し
- (2) 補助券
- (3) 補聴器に係る領収書その他支出を証する書類又はその写し

2 市長は、前項の規定にかかわらず、補助事業者等の利便性を考慮し、補助事業者等に交付すべき額の限度において、補助金を補助事業者等に代わり決定業者に交付することができる。この場合において、決定業者は、次の手順により補助金の支払を受けるものとする。

- (1) 決定業者は、補聴器の引渡しの際には、補助事業者等から自己負担額（補聴器の購入代金から補助券に記載された補助金の額を控除した額をいう。）についての支払を受け、領収書を発行するとともに、補助券の引渡しを受ける。

(2) 決定業者は、補助金の支払を受けようとするときは、請求書に補助券を添えて、市長に提出しなければならない。

3 決定業者に補助金の交付があったときは、補助事業者等に対し補助金の交付があったものとみなす。

(補助金の返還)

第7条 市長は、虚偽又は不正の手段により補助金の交付を受けた者に対し、当該補助金の返還を命ずることができる。

(手続の省略)

第8条 規則第24条の規定により、規則第13条の規定による状況報告、規則第15条第1項の規定による補助事業等実績報告書の提出及び規則第16条の規定による補助金の額の確定の手続は、省略するものとする。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

別表（第3条関係）

補聴器の種類	1台当たりの 基準価格(円)	備考
軽度・中等度難聴用ポケット型	44,000	価格は、電池を含む。 イヤモールドを必要とする場合は、補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(平成18年厚生労働省告示第52.8号)別表の3に定める修理基準(8)その他(以下「修理基準」という。)の表に掲げる上限価格の範囲内で必要な額を加算する。
軽度・中等度難聴用耳かけ型	46,400	
高度難聴用ポケット型	44,000	
高度難聴用耳かけ型	46,400	
重度難聴用ポケット型	59,000	
重度難聴用耳かけ型	71,200	
耳あな型(レディメイド)	92,000	価格は、電池を含む。
耳あな型(オーダーメイド)	144,900	
骨導式ポケット型	74,100	価格は、電池、骨導レシーバー及びヘッドバンドを含む。
骨導式眼鏡型	126,900	価格は、電池を含む。 平面レンズを必要とする場合は、修理基準の表に掲げる上限価格の範囲内で必要な額を加算する。

様式第1号(第4条関係)

年度大村市高齢者補聴器購入費補助金交付申請書

申請日 年 月 日

大村市長様

(申請者)
住所
氏名
電話

年度における大村市高齢者補聴器購入費補助金の交付を受けたいので、大村市補助金等交付規則第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、私の住民登録及び介護保険に関する情報並びに補聴器の購入状況について、大村市が関係先に照会・確認することに同意します。

対象者	住所	
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
購入を希望する 補聴器の種類		
購入を希望する 業者名	名称	
	所在地	
	電話	
①見積額		円
②基準価格		円
③交付申請額		円
※①と②とを比較して少ない方の額×9/10(限度額 39,000円)		
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ることがあります。	
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"/> 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に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他	
備考		

大村市高齢者補聴器購入費補助金に係る意見書																																																							
氏名		生年月日	年 月 日 歳																																																				
住所																																																							
障害の原因となる傷病名																																																							
1 障害の原因となる傷病の経過及び現症並びに聴力について記載してください。																																																							
周波数(Hz)		聴力レベル(4分法)																																																					
		右	dB																																																				
		左	dB																																																				
聴力レベル(dB)		障害の種類 (該当項目を○で囲む)																																																					
		ア	伝音難聴																																																				
		イ	感音難聴																																																				
		ウ	混合性難聴																																																				
		鼓膜の状態																																																					
※気導と骨導双方の聴力測定値を必ずご記入ください。 気導 右 ○ 左 × 骨導 右 [左]		※聴力検査は別紙添付も可																																																					
2 語音明瞭度検査(%)																																																							
音源の種類		※検査時使用した補聴器の種類																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th>60dB</th> <th>70dB</th> <th>80dB</th> <th>90dB</th> <th>最良の語音明瞭度</th> </tr> <tr> <th rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">裸耳</th> <th>右耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <th>左耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <th>両耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>				60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度	裸耳	右耳					%	左耳					%	両耳					%	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th>60dB</th> <th>70dB</th> <th>80dB</th> <th>90dB</th> <th>最良の語音明瞭度</th> </tr> <tr> <th rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">補聴器</th> <th>右耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <th>左耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <th>両耳</th> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </table>				60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度	補聴器	右耳					%	左耳					%	両耳					%
		60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度																																																	
裸耳	右耳					%																																																	
	左耳					%																																																	
	両耳					%																																																	
		60dB	70dB	80dB	90dB	最良の語音明瞭度																																																	
補聴器	右耳					%																																																	
	左耳					%																																																	
	両耳					%																																																	
3 処方内容(必要な補聴器の種類をチェックしてください。)																																																							
①補聴器の名称																																																							
<input type="checkbox"/> 本人の希望に合わせる <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 軽度・中等度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用ポケット型 <input type="checkbox"/> 高度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 重度難聴用ポケット型		<input type="checkbox"/> 重度難聴用耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型(レディメイド) <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																																																					
②装用耳 右 ・ 左 ・ 両 ・ 試聴後本人の希望を聞いて決める																																																							
③イヤモールド 要 ・ 不要 ・ 本人の希望に合わせる																																																							
※補聴器の装用の目的・効果見込みについては裏面に記載のこと																																																							

4 申請する補聴器の装用の目的、効果見込みについて具体的に記載してください。

①補聴器の必要性・装用効果

②重度難聴用補聴器を処方する理由及び具体的効果

・重度難聴用補聴器の試聴は行いましたか？（ 試聴した ・ 試聴していない ）

・試聴補聴器 機種名（ ）

③耳あな型補聴器を処方する理由及び具体的効果

5 補聴器の調整

当該病院・診療所で医師の管理下にてフィッティングを行う。

業者に委託する(指示等があれば、以下に記入。調整上の参考事項〔不快域等〕、指示〔出力制限等〕)。

業 者

担当者

上記のとおり意見する。

年 月 日

所在地

診療科名

医療機関名

医師名

年度大村市高齢者補聴器購入費補助券

支給番号		交付決定日	年 月 日
対象者氏名		生年月日	
住所			
補聴器の種類			
処 方			
決定業者	名称		
	所在地		
	電話		
基準額	見積額	利用者負担額	補助額 (限度額39,000円)
円	円	円	円

上記のとおり決定する。
年 月 日

大村市長 印

受領	受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
----	-------	-------	-------	--

大村市長様

年 月 日

(委任者)住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

委任状

(委任者) は、大村市高齢者補聴器購入費補助金の請求及び受領を行うことを(受任者) に委任します。

(受任者)所在地 _____
 名称・代表者氏名 _____

年度大村市高齢者補聴器購入費補助金請求書

年 月 日

大 村 市 長 様

(請求者)

住 所

(法人の場合は所在地)

氏 名

印

(法人の場合は名称及び代表者氏名)

次のとおり、 年度大村市高齢者補聴器購入費補助金を請求します。

記

- 1 請求金額(補助額) 円
- 2 補聴器購入年月日 年 月 日
- 3 受領方法 口座振込

(口座情報)

金融機関名	銀行・信金・信組・農協・()		
	本店・支店・営業所・()		
預金種別 (該当を○で囲む)	1 普通	2 当座	3 その他()
支店等番号		口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

検収・確認年月日	
検収・確認者氏名	印

支払科目	款 項 目 節 細 節 細々節
所 属	