

○栃木市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱

平成26年2月14日

告示第65号

改正 平成27年12月25日告示第416号

令和元年10月2日告示第152号

(目的)

第1条 この告示は、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）に基づく補装具費支給制度の対象外となっている軽度又は中等度の難聴児の保護者に対し、当該難聴児に係る補聴器の購入又は修理に要する費用（以下「補聴器購入費等」という。）を助成することにより、当該難聴児の言語の習得、教育等における健全な発達を支援し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において「助成対象児童」とは、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

- (1) 市内に住所を有する18歳未満の者
  - (2) 両耳の聴力レベルが原則として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外である者
  - (3) 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（以下「指定医」という。）から、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判断された者
- (実施主体)

第3条 この事業の実施主体は、栃木市とする。

(助成対象者)

第4条 補聴器購入費等の助成（以下「助成」という。）の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、助成対象児童の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。）で、市内に住所を有する者とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、助成の対象から除外する。

- (1) 助成の申請を行う月の属する年度（4月から6月までの申請にあつては前年度）における助成対象児童の属する世帯に、市町村民税の所得割が46万円以上の者がいる場合
- (2) 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）その他の法令の規定に基づき、既に助成を受けている場合
- (3) この告示による助成を受けた補聴器が、別表第1に定める耐用年数を経過していない場合

(令元告示152・一部改正)

(助成対象補聴器)

第5条 助成の対象となる補聴器の種類、1台当たりの補聴器購入費等の基準価格（以下「基準価格」という。）及び耐用年数は、別表第1のとおりとする。

2 助成の対象となる補聴器の基準額（以下「基準額」という。）は、別表第2のとおりとする。

（令元告示152・一部改正）

（助成）

第6条 助成は、基準額、新たに補聴器を購入する経費、耐用年数経過後に補聴器を購入する費用又は修理に要する費用のうち、最も少ない費用に相当する金額を助成金として支給することにより行う。

2 助成は、装用効果の高い側の耳の片側装用を原則として行うものとする。ただし、教育又は生活上において市長が特に必要と認める場合には、耳の両側に装用することについて助成を行うものとする。この場合における助成金の算定の基礎となる金額は、左右それぞれの耳に係る購入費として市長が認める額と基準額を比較して少ない方の額とする。

（令元告示152・一部改正）

（助成の申請）

第7条 助成を受けようとする助成対象者は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金（購入・修理）支給申請書（別記様式第1号）を市長に提出するものとする。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付するものとする。

- (1) 指定医が記載した軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書（別記様式第2号。以下「意見書」という。）
- (2) 意見書の処方に基づき補聴器を販売する事業者又は補聴器を修理する事業者（以下これらを「販売業者等」という。）が作成した見積書
- (3) 助成対象児童の属する世帯の構成員に係る市町村民税の課税状況が確認できる書類
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 前項の規定にかかわらず、補聴器の修理に係る助成の申請については、意見書の添付を要しない。

（助成の決定）

第8条 市長は、前条の規定による申請があったときは、調査書（別記様式第3号）を作成し、必要性等を検討の上助成の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成の可否を決定したときは、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給決定通知書（別記様式第4号。以下「支給決定通知書」という。）又は軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給却下決定通知書（別記様式第5号）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、支給決定通知書の通知に併せて軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給券（別記様式第6号。以下「助成金支給券」という。）を交付するものとする。

（補聴器の購入又は修理）

第9条 支給決定通知書及び助成金支給券の交付を受けた者（以下「助成決定者」という。）は、速やかに販売業者等において補聴器の購入又は修理を行うものとする。

（助成金の請求等）

第10条 助成金の支給を受けようとする者は、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支払請求書

(別記様式第7号)に、助成金支給券及び補聴器の購入又は修理に係る領収書を添えて市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、その請求額を支払うものとする。

3 市長は、助成決定者の利便性を考慮し、前2項の規定によらず、当該助成決定者の委任に基づき、助成金の代理の請求及び受領を販売業者等に行わせることができる。

(助成金の代理受領等に係る手続等)

第11条 前条第3項の規定による助成金の代理の請求及び受領に係る手続等に関し必要な事項は、別に定める。

(助成の決定の取消し)

第12条 市長は、助成決定者が次の各号のいずれかに該当すると認めたときは、助成の決定を取り消し、及びその者から既に支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(1) 虚偽又は不正の手段により助成を受けたとき。

(2) 補聴器を助成の目的に反して使用し、譲渡し、貸与し、又は担保に供したとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、助成が適当でないと市長が認めるとき。

(備付帳簿)

第13条 市長は、助成の実施に当たり、栃木市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成台帳(別記様式第8号)を備え付けるものとする。

(補則)

第14条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公布の日から施行する。

(適用区分)

2 この告示は、平成25年4月1日以後に購入又は修理を行った助成対象児童に係る補聴器から適用する。この場合において、平成25年4月1日からこの告示の施行の日までに購入又は修理を行った助成対象児童に係る補聴器については、第9条の規定は適用しない。

附 則(平成27年告示第416号)抄

(施行期日)

1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

(栃木市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱の一部改正に伴う経過措置)

21 この告示による改正後の栃木市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱の規定は、施行日以後の申請書から適用し、施行日前になされた申請書については、なお従前の例による。

附 則(令和元年告示第152号)

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示による改正後の栃木市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱の規定は、この告示の施行の日以後の助成対象児童に係る補聴器の購入又は修理について適用し、同日前の助成対象児童に係る補聴器の購入又は修理については、なお従前の例による。

別表第1（第4条、第5条関係）

(令元告示152・旧別表・一部改正)

| 種類                 |                                                                                                                      | 1 台当たりの基準価格<br>(円) | 基準価格に含まれるもの                                                                        | 耐用年数 |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 補聴器の<br>購入及び<br>更新 | 軽度・中等度難聴用<br>ポケット型                                                                                                   | 4 3, 2 0 0 円       | ①補聴器本体（電池を含む。）<br>②イヤモールド<br><br>(注) イヤモールドを必要としない場合は、基準価格から 9, 0 0 0 円を控除する。      | 5 年  |
|                    | 軽度・中等度難聴用<br>耳かけ型                                                                                                    | 5 2, 9 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 高度難聴用ポケット型                                                                                                           | 4 3, 2 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 高度難聴用耳かけ型                                                                                                            | 5 2, 9 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 重度難聴用ポケット型                                                                                                           | 6 4, 8 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 重度難聴用耳かけ型                                                                                                            | 7 6, 3 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 耳あな型<br>(レディメイド)                                                                                                     | 9 6, 0 0 0 円       |                                                                                    |      |
|                    | 耳あな型<br>(オーダーメイド)                                                                                                    | 1 3 7, 0 0 0 円     |                                                                                    |      |
|                    | 骨導式ポケット型                                                                                                             | 7 0, 1 0 0 円       | ①補聴器本体（電池を含む。）<br>②骨導レシーバー<br>③ヘッドバンド                                              |      |
|                    | 骨導式眼鏡型                                                                                                               | 1 2 7, 2 0 0 円     | ①補聴器本体（電池を含む。）<br>②平面レンズ<br><br>(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, 6 0 0 円を控除する。 |      |
| 補聴器の<br>修理         | 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 1 8 年 9 月 2 9 日厚生労働省告示第 5 2 8 号）別表の 3 修理基準に規定する価格 |                    |                                                                                    |      |

別表第2（第5条関係）

(令元告示 152・追加)

| 区分         | 基準額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 補聴器の購入及び更新 | 別表第 1 に定める 1 台当たりの基準価格の 100 分の 106 に相当する額                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 補聴器の修理     | <p>別表第 1 に定める基準価格の 100 分の 106 に相当する額。ただし、次に掲げるものの交換については、100 分の 110 に相当する額とする。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 重度難聴用イヤホン</li><li>(2) 眼鏡型平面レンズ</li><li>(3) 骨導式ポケット型レシーバー</li><li>(4) 骨導式ポケット型ヘッドバンド</li><li>(5) FM型用ワイヤレスマイク充電電池</li><li>(6) FM型用ワイヤレスマイク充電用ACアダプタ</li><li>(7) FM型用ワイヤレスマイク外部入力コード</li><li>(8) イヤホン</li></ul> |

別記様式第1号（第7条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金（購入・修理）支給申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

（申請者）

住所

氏名

㊞

助成対象児童との続柄

電話番号

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金（修理・購入）の支給について次のとおり申請します。

|                   |             |                                     |        |  |      |  |
|-------------------|-------------|-------------------------------------|--------|--|------|--|
| 助成対象児童            | 住 所         | 栃木市 町                               |        |  |      |  |
|                   | フリガナ<br>氏 名 |                                     |        |  |      |  |
|                   | 生年月日        | 年 月 日                               | 性別     |  | 電話番号 |  |
|                   | 個人番号        |                                     |        |  |      |  |
| 購入・修理を受ける補聴器名     |             |                                     |        |  |      |  |
| 希望する<br>販売業者<br>等 | 名 称         |                                     |        |  |      |  |
|                   | 所 在 地       |                                     |        |  |      |  |
|                   | 電話番号        |                                     | FAX 番号 |  |      |  |
| 該当する所得区分          |             | 1 生活保護    2 低所得    3 一般    4 一定所得以上 |        |  |      |  |

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他の書類について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

氏名

㊞

## 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業意見書(表)

|     |     |      |           |
|-----|-----|------|-----------|
| 氏 名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日( 歳) |
| 住 所 |     |      |           |

1 聴覚障害の状況及び所見を記載してください。

| 難聴の種類 | ア. 伝音性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | イ. 感音性           | ウ. 混合性                                                                             |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------|---------|------|------|------|------|---|--|---|----|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
| 難聴の経過 | 時 期: 頃より<br>原因等:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     | 鼓<br>膜<br>所<br>見 |  |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 聴力検査  | <p>左右の気導・骨導聴力と平均聴力レベルを記入してください。<br/>聴力検査の種類(COR・遊戯聴力検査・純音・その他: )</p> <p>平均聴力レベル(4分法)</p> <p>右: _____ dB<br/>左: _____ dB</p> <p>※実施困難な場合は、ASSRによる推定閾値(4分法)を記載して下さい。<br/>実施日: 年 月 日<br/>右: _____ dB<br/>左: _____ dB</p> <table border="1" data-bbox="718 672 1252 1064"> <tr> <th></th> <th>125</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>4000</th> <th>8000</th> </tr> <tr><th>0</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>10</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>20</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>30</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>40</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>50</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>60</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>70</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>80</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>90</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>100</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>110</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><th>120</th><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |     |                  |                                                                                    |       | 125  | 250  | 500     | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 | 0 |  |   |    |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |  |  | 50 |  |  |  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  | 70 |  |  |  |  |  |  |  | 80 |  |  |  |  |  |  |  | 90 |  |  |  |  |  |  |  | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 110 |  |  |  |  |  |  |  | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 125                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 250 | 500              | 1000                                                                               | 2000  | 4000 | 8000 |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 0     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 10    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 20    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 30    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 40    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 50    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 60    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 70    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 80    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 90    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 100   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 110   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 120   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                  |                                                                                    |       |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 語音明瞭度 | <p>実施の可否(可・不可)※可能な場合は、下記に数値を記入してください。</p> <table border="1" data-bbox="335 1108 1412 1187"> <tr> <td>最高明瞭度</td> <td>右</td> <td>%</td> <td>語音聴力レベル</td> <td>右</td> <td>dB</td> </tr> <tr> <td></td> <td>左</td> <td>%</td> <td></td> <td>左</td> <td>dB</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                  |                                                                                    | 最高明瞭度 | 右    | %    | 語音聴力レベル | 右    | dB   |      | 左    | % |  | 左 | dB |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 最高明瞭度 | 右                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | %   | 語音聴力レベル          | 右                                                                                  | dB    |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 左                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | %   |                  | 左                                                                                  | dB    |      |      |         |      |      |      |      |   |  |   |    |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |

2 必要とする補聴器およびイヤモールドに○をつけてください。

|                                              |           |      |       |      |       |      |            |             |       |     |
|----------------------------------------------|-----------|------|-------|------|-------|------|------------|-------------|-------|-----|
| 装<br>用<br>耳                                  | 軽度・中等度難聴用 |      | 高度難聴用 |      | 重度難聴用 |      | 耳あな型       |             | 骨導式   |     |
|                                              | ポケット型     | 耳かけ型 | ポケット型 | 耳かけ型 | ポケット型 | 耳かけ型 | レディ<br>メイド | オーダー<br>メイド | ポケット型 | 眼鏡型 |
| 右                                            |           |      |       |      |       |      |            |             |       |     |
| 左                                            |           |      |       |      |       |      |            |             |       |     |
| イヤモールド( 要 ・ 不要 )                             |           |      |       |      |       |      |            |             |       |     |
| 重度難聴用補聴器・耳あな型又は骨導式の補聴器・両耳装用については理由を記載してください。 |           |      |       |      |       |      |            |             |       |     |

3 補聴器が必要な理由及び効果を具体的に記載してください。

|                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (例: 言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど)                                                                       |  |
| <p>上記のとおり意見する。 年 月 日</p> <p>病院又は診療所名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 担 当 科 名</p> <p>身体障害者福祉法15条医師氏名</p> |  |

※ 不要の文字は、二重線にて抹消すること。

別記様式第3号（第8条関係）

調 査 書

|                                                                     |         |                            |                |       |            |      |  |
|---------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------|----------------|-------|------------|------|--|
| 申請年月日                                                               |         | 年 月 日                      |                | 申請者氏名 |            |      |  |
| 助成対象児童                                                              | 住 所     | 栃木市 町                      |                |       |            |      |  |
|                                                                     | フリガナ氏 名 |                            |                |       |            |      |  |
|                                                                     | 生年月日    | 年 月 日                      |                | 性別    |            | 電話番号 |  |
| 保護者の状況                                                              | 氏 名     | 年 齢                        | 児 童 と<br>の 続 柄 | 課税状況  |            | 備考   |  |
|                                                                     |         |                            |                | 課税区分  | 市民税<br>所得割 |      |  |
|                                                                     |         |                            |                |       |            |      |  |
|                                                                     | 非課税世帯   | 氏 名                        | 所 得            | 障害年金  | 手 当        | 合 計  |  |
|                                                                     |         |                            | 円              | 円     | 円          | 円    |  |
| 世帯区分                                                                |         | 1 生活保護 2 低所得 3 一般 4 一定所得以上 |                |       |            |      |  |
| 用具名                                                                 |         | 基準額                        |                | 見積額   |            | 助成金額 |  |
|                                                                     |         | 円                          |                | 円     |            | 円    |  |
| 上記のとおり確認しました。<br>年 月 日<br><div style="text-align: right;">調査者</div> |         |                            |                |       |            |      |  |



別記様式第4号（第8条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給決定通知書

年 月 日

様

栃木市長



年 月 日付けで申請のあった軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の支給については、次のとおり決定したので通知します。

|                            |             |       |        |      |      |  |
|----------------------------|-------------|-------|--------|------|------|--|
| 助<br>成<br>対<br>象<br>児<br>童 | 住 所         | 栃木市 町 |        |      |      |  |
|                            | フリガナ<br>氏 名 |       |        |      |      |  |
|                            | 生年月日        |       | 性別     |      | 電話番号 |  |
| 支給番号                       |             |       |        |      |      |  |
| 販<br>売<br>業<br>者<br>等      | 名 称         |       |        |      |      |  |
|                            | 所 在 地       |       |        |      |      |  |
|                            | 電話番号        |       | FAX 番号 |      |      |  |
| 基準額                        |             | 見 積 額 |        | 助成金額 |      |  |
| 円                          |             | 円     |        | 円    |      |  |

別記様式第5号（第8条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給却下決定通知書

年 月 日

様

栃木市長



年 月 日付けで申請された軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金の支給については、次の理由により却下することとしたので通知します。

却下の理由

## 別記様式第6号（第8条関係）

輕度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支給券

|                                                                                                           |              |                                        |  |              |      |                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|--|--------------|------|-----------------|------------|
| 支 給 番 号                                                                                                   |              |                                        |  | 支給決定日        |      | 年      月      日 |            |
| フリガナ<br>氏                  名                                                                              |              |                                        |  | 生 年 月 日      |      | 年      月      日 |            |
| 住                  所                                                                                      |              | 栃木市                                  町 |  |              |      |                 |            |
| 保護者氏名                                                                                                     |              |                                        |  |              |      | 続柄              |            |
| 補聴器の名称                                                                                                    |              |                                        |  | 修理部位         |      |                 |            |
| 販売業者等                                                                                                     | 名      称     |                                        |  |              |      |                 |            |
|                                                                                                           | 所   在   地    |                                        |  |              |      |                 |            |
|                                                                                                           | 電話番号         |                                        |  | FAX 番号       |      |                 |            |
| 基準額                                                                                                       |              | 見積額                                    |  |              | 助成金額 |                 |            |
| 円                                                                                                         |              | 円                                      |  |              | 円    |                 |            |
| <p>上記のとおり決定します。</p> <p>年                  月                  日</p> <p style="text-align: right;">栃木市長</p> |              |                                        |  |              |      |                 |            |
| 受領                                                                                                        | 受   領<br>年月日 | 年      月      日                        |  | 受領者<br>氏   名 | 印    |                 | 本人と<br>の関係 |

別記様式第7号（第10条関係）

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金支払請求書

年 月 日

（宛先）栃木市長

（請求者）

住所

氏名

印

助成対象児童との続柄

電話番号

年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた補聴器の引き渡しを受け、次のとおり代金を支払いましたので、軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金を請求します。

|                        |               |                          |      |  |
|------------------------|---------------|--------------------------|------|--|
| 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金請求額 |               | 円                        |      |  |
| 振込先                    | 金融機関名         | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |      |  |
|                        | 預金種別          | 普通<br>当座                 | 口座番号 |  |
|                        | （フリガナ）<br>名 義 |                          |      |  |

別記様式第8号(第13条関係)

輕度・中等度難聴児補聴器購入費等助成台帳

市町村名：\_\_\_\_\_

単位：円

[illegible]

(注)補聴器の種類

- (1) 軽・中等度難聴用ポケット型
- (2) 軽・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

別記様式第1号（第7条関係）

（平27告示416・一部改正）

別記様式第2号（第7条関係）

別記様式第3号（第8条関係）

（令元告示152・一部改正）

別記様式第4号（第8条関係）

（令元告示152・一部改正）

別記様式第5号（第8条関係）

別記様式第6号（第8条関係）

（令元告示152・一部改正）

別記様式第7号（第10条関係）

別記様式第8号（第13条関係）