

## 伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づく身体障害者手帳の交付対象とならないため、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。以下「障害者総合支援法」という。）第76条に規定する補装具費支給の対象とならない軽度・中等度難聴児の言語の習得及びコミュニケーション能力の向上を支援するため、補聴器購入等に要する費用の一部を助成し、もって軽度・中等度難聴児の福祉の向上に資することを目的とする。

### (用語の定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、障害者総合支援法において使用する用語の例による。

### (助成対象児童)

第3条 助成の対象児童（以下「対象児童」という。）は、次の各号の全てを満たす児童とする。

- (1) 交付申請日において市内に住所を有する18歳未満の者であること。
- (2) 平均聴力レベルが両耳とも原則として30デシベル以上であって、聴覚障害を事由とする身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- (3) 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。
- (4) 補聴器の装用により、言語の習得等に一定の効果が期待できると別表に掲げる医師が判断した者であること。

2 前項の規定にかかわらず、障害者総合支援法第76条第1項ただし書に該当する場合又は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いて補聴器購入費等の助成を受けられる場合は、助成対象外とする。

### (助成基準額等)

第4条 この助成金の算定基礎となる額は、補聴器の購入又は修理に要する経費として市長が必要と認める額と、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年厚生労働省告示第528号。以下「補装具支給基準」という。）第3項又は第4項を準用して算定した額（以下「基準額」という。）とを比較して少ない方の額とする。ただし、補装具支給基準の別表の1（購入基準）の（5）の補聴器の項中「高度難聴用」とあるのは「軽度・中等度難聴用及び高度難聴用」と読み替えて算定するものとする。

2 補聴器の助成は、装用効果の高い片側に装用する補聴器を対象とする。ただし、教育及び生活上等特に必要と認めた場合は、両側の耳に装用する補聴器を対象とすることができる。

### (助成金の交付額)

第5条 助成金の交付額は、前条に定める額の3分の2とし、円未満の端数が生じた場合は円未満を切り上げた額とする。

2 前項の規定にかかわらず、対象児童の保護者が次のいずれかに該当する場合は、前条に定める額全額を助成する。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯に属する者
- (2) 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（平成6年法律第30号）第14条第1項に規定する支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律（平成19年法律第127号）附則第4条第1項に規定する支援給付を含む。）を受けている世帯に属する者
- (3) 申請日の属する年度（申請日が4月から6月までの場合は、前年度）分の市区町村民税が非課税である世帯に属する者  
（交付申請）

第6条 助成金の交付を希望する対象児童の保護者（以下「申請者」という。）は、伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付し、市長に申請するものとする。

- (1) 別表に掲げる医師が、対象児童の聴力検査を実施して交付した伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金事業医師意見書（第2号様式。以下「意見書」という。）。ただし、補聴器の修理に係る助成申請の場合にあっては、市長が認めた場合に限り、意見書を省略することができる。
- (2) 意見書に基づき、伊勢原市補装具費の代理受領に係る補装具業者の登録等に関する要綱（平成18年伊勢原市告示第170号）に規定する補装具業者（以下「業者」という。）が作成した見積書
- (3) 申請者の属する世帯員全員の申請日の属する年度（申請日が4月から6月までの場合は、前年度）分の市区町村長が証明する課税所得証明書
- (5) その他市長が必要と認める書類  
（交付決定）

第7条 市長は、前条に規定する申請書及び添付書類を審査した結果、助成金を交付するとを決定した場合は、伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付決定通知書（第3号様式。以下「決定通知書」という。）を、助成しないことを決定した場合は、伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書（第4号様式）を申請者に交付するものとする。

- 3 市長は、助成を決定した場合は、伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券（第5号様式。以下「助成券」という。）を業者に交付するものとする。  
（費用の支弁等）

第8条 補聴器の助成の決定を受けた者（以下「助成決定者」という。）は、第6条の規定により算出した助成金の交付額（以下「公費負担額」という。）を差し引いた額を業者に支払うものとする。

- 2 助成決定者は、公費負担額の受領について、その権利を業者へ委任（以下「受領委任」という。）することができる。この場合において、助成決定者は、代理受領に係る伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付請求書兼委任状（第6号様式）を業者を経由して市長に提出しなければならない。  
（購入等）

第9条 第8条第3項に規定する助成券を受けた業者は、助成決定者と調整し、速やかに補聴器を納品するものとする。

2 助成決定者は、前項に規定する納品があったときは、業者に決定通知書を提示の上、助成券に氏名及び受領年月日を記入し、受領印を押印するものとする。

(助成金請求)

第10条 業者は、受領委任を受けている場合は補聴器の納品後、請求書に助成券を添えて、公費負担額を市長に請求するものとする。

2 助成決定者は、受領委任を行わない場合は、公費負担額を業者へ支払ったことを証する書類を添えて市長に請求することができる。

3 市長は、前2項に規定する請求があったときは、公費負担額を速やかに支払うものとする。

(譲渡等の禁止)

第11条 助成決定者は、当該補聴器の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付けし、又は担保に供してはならない。

(助成金の返還)

第12条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、申請者に助成金の一部又は全部の返還を求めることができる。

(1) 虚偽又は不正の手段により助成金を受けたとき。

(2) 補聴器を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。

(備付台帳)

第13条 市長は、伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成台帳を備え、必要な事項を記載するものとする。

(その他)

第14条 この要綱に定めのない事項については、原則として補装具支給規準及び補装具費支給事務取扱指針について（平成18年9月29日付け障発第0929006号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の別添、補装具費支給事務取扱指針を準用するものとする。

2 その他必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成29年4月1日から施行する。

別表（第3条、第7条関係）

伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成事業医師意見書（第2号様式）を作成する医師は、次のいずれかに該当する医師とする。

身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医（聴覚障害に係るものに限る。）

障害者総合支援法第59条第1項に基づく指定を受けた指定自立支援医療機関の医師（一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会から耳鼻咽喉科専門医の認定を受けた医師に限る。）

第1号様式(第6条関係)

伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住 所 伊勢原市  
氏 名  
電話番号 ( )

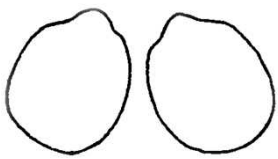
次のとおり軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金(購入・修理)の交付を申請します。  
私申請者は、本申請の交付審査のため市が、私及び対象者と同一の世帯に属する者の住民登録資料、税務資料、補聴器の購入状況その他について、他市町村など関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

|                              |             |       |   |             |  |
|------------------------------|-------------|-------|---|-------------|--|
| 対<br>象<br>者                  | ふりがな<br>氏 名 |       |   | 申請者<br>との続柄 |  |
|                              | 生 年 月 日     | 年 月 日 | 性 別   | 男 ・ 女       |  |
| 購入(修理)希望<br>の 補 聴 器 の<br>名 称 |             |       |   |             |  |
| 業<br>者<br>名                  | 希望する業者名     |       |   |             |  |
|                              | 所 在 地       |       |   |             |  |
|                              | 電 話         |       |   |             |  |
| 身体障害者手帳<br>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を優先するため身体障害者手帳却下通知の添付を求めることがあります。 |             |  |
| 利用者と同一の<br>世帯に属する者<br>の 氏 名  |             |       |   |             |  |
|                              |             |       |   |             |  |
| 備 考                          |             |       |   |             |  |

決 裁 欄

|       |       |                  |                |
|-------|-------|------------------|----------------|
| 起 案 日 | 年 月 日 | 文 書 番 号          | 伊勢原市指令 ( ) 第 号 |
| 決 裁 日 | 年 月 日 | ※別紙のとおり決定してよろしいか |                |
| 施 行 日 | 年 月 日 |                  |                |

## 軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業医師意見書

| 氏名   | ふりがな  |   | 生年月日                    | 年   | 月  | 日    | 歳    | 男    | 女 |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|-------------------------|-----|--|------|------|------|---|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|------|------|------|------|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|
|  | 住所  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 医学的診断  | 難聴の種類   | 1 感音性難聴（右・左） 2 伝音性難聴（右・左）<br>3 混合性難聴（右・左） 4 その他（ ）  |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 疾病・外傷発生日                                      | 年 月 日   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 《治療経過・現在の障害状況・補聴器を必要とする理由等》                   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 現症   | 原因  | （治療による聴力回復が見込める中耳炎等、急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となる。）   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 現症  |    |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| （鼓膜の状態は具体的に記載（耳漏の有無、混濁、石灰化、穿孔等あれば、その形状も含めて記載する）  |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 補聴器の処方内容   | 処方  | 1 軽度・中等度難聴用ポケット型<br>2 軽度・中等度難聴用耳かけ型<br>3 高度難聴用ポケット型<br>4 高度難聴用耳かけ型<br>5 重度難聴用ポケット型<br>6 重度難聴用耳かけ型<br>7 骨導式ポケット型 ※1<br>8 骨導式眼鏡型 ※2<br>9 耳あな型（レディメイド） ※3<br>10 耳あな型（オーダーメイド） ※4 |                         | 装用  | # オージオメーターの形式（ ）<br># 聴刀（聴刀レベル）（4分法）<br>右：        dB        左：        dB<br># 《オージオグラム》（別添可）   |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | その他、特に必要なもの ※5<br>1 イヤモールド<br>2 FM補聴システム<br>3 |   | 1 右耳<br>2 左耳<br>3 両耳 ※6 |     | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="7">周波数 Hz</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th>125</th> <th>250</th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>4000</th> <th>8000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th rowspan="12" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聴力レベル dB</th> <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> </tbody> </table> |      |      |      |   |  |  | 周波数 Hz |  |  |  |  |  |  |  |  | 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 | 聴力レベル dB | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |  |  | 50 |  |  |  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  | 70 |  |  |  |  |  |  |  | 80 |  |  |  |  |  |  |  | 90 |  |  |  |  |  |  |  | 100 |  |  |  |  |  |  |  | 110 |  |  |  |  |  |  |  | 120 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   | 周波数 Hz                  |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   | 125   | 250                     | 500 | 1000   | 2000 | 4000 | 8000 |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 聴力レベル dB   | 0   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 20  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 30  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 40  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 50  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 60  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 70  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 80  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 90  |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 100   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 110   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 120  |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 適応理由（特に上記処方が必要な理由）<br>（※1～6を処方する場合は必ず記入すること。）<br>（※6 教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができる。） |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| # 語音明瞭度（右    %）（左    %）  |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 使用効果見込み（補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無、見込み等を記入すること。）                   |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり意見する   |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日  |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>医師氏名   |   |   |                         |     |  |      |      |      |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |                         |     |  |      |      | 印    |   |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |      |      |      |      |          |   |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |

意見書の記載は、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は身体障害者福祉法第15条第1項の規定により知事が指定した医師に限る。

## 第2号様式(裏面)

### 【記載についての注意事項】

- 1 「医学的診断」欄について
  - ・ 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。
  - ・ 鼓膜の状態は、耳漏の有無、混濁、穿孔等あれば、その形状も含めて記載してください。
  - ・ 耳鼻咽喉科的治療による聴力回復を見込める中耳炎等の急性疾患による一時的な聴力低下の場合は、本事業による助成の対象外となります。
  
- 2 「聴力検査」について
  - ・ 聴力検査の結果(別添も可)、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。
  - ・ 「# 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(4分法)により算定した数値とします。
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
  - ・ 純音聴力検査の結果によらない場合、ABR、ASSR、OAE等の検査結果を別に添付してください。
  
- 3 「補聴器の処方内容」について
  - ・ 「耳あな型」の対象は、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な児童です。オーダーメイドの場合は、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可な児童です。
  - ・ 「骨導式」の対象は、伝音性難聴であって、耳漏が著しい又は外耳閉塞症等を有する児童で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な児童です。
  - ・ 「両耳」装用について、教育上、生活上特に必要と認めた場合は両側に交付することができます。
  
- 4 「使用効果見込み」について
  - ・ 補聴器の装用により言語の習得やコミュニケーション能力の向上に一定の効果が期待できることの有無や見込み等を記入してください。
  
- 5 その他
  - ・ 各記載欄に記載しきれないとき及び聴力検査結果は別紙記載の添付も可です。

伊勢原市指令（ ）第 号  
年 月 日

様

伊勢原市長



伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありましたこのことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|      |            |     |        |  |        |  |
|------|------------|-----|--------|--|--------|--|
| 対象者  | 住所         |     |        |  |        |  |
|      | ふりがな<br>氏名 |     |        |  |        |  |
|      | 生年月日       |     | 性別     |  | 電話     |  |
| 助成番号 |            |     | 助成決定日  |  |        |  |
| 決定内容 |            |     |        |  |        |  |
| 業者名  | 名称         |     |        |  |        |  |
|      | 所在地        |     |        |  |        |  |
|      | 電話         |     |        |  |        |  |
| 基準額  |            | 見積額 | 利用者負担額 |  | 助成金交付額 |  |
|      |            |     |        |  |        |  |

（事務担当は、 ）



伊勢原市指令（ ）第 号  
年 月 日

伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありました軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金  
につきましては、審査の結果、次の理由により却下することに決定しましたので通知しま  
す。

理 由

（事務担当は、 ）

第5号様式（第7条関係）

伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成券

|  |       |        |   |
|--|-------|--------|---|
| 助成番号                                     |       | 助成決定日  |   |
| 氏名                                       |       | 生年月日   |   |
| 住所                                       |       |        |   |
| 保護者氏名                                    |       | 続柄     |   |
| 用具の名称                                    |       | 修理部位   |   |
| 業者                                       | 名称    |        |   |
|  | 所在地   |        |   |
|  | 電話    |        |   |
| 基準額                                      | 見積額   | 利用者負担額 | 助成金交付額                                    |
| 円  | 円     | 円      | 円   |
| 上記のとおり決定する。                              |       |        |   |
| 年 月 日                                    |       |        |   |
| 伊勢原市長 <span style="float:right">印</span> |       |        |   |
| この券の有効期限は、支給決定した年度の3月31日までです。            |       |        |   |
| 受領                                       | 受領年月日 | 受領者氏名  | <span style="float:right">印</span> 本人との関係 |

(事務担当は、 )

第6号様式（第8条関係）

代理受領に係る伊勢原市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等助成金交付請求書兼委任状

伊勢原市長 殿

年 月 日付け伊勢原市指令( )第 号で助成決定を受けた次の軽度・中等度難聴児補聴器の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、購入費等助成金交付を請求します。なお、その受領の権限を次の業者に委託します。

|  |                  |   |              |
|--|------------------|---|--------------|
| 受給者氏名  |                  |   |              |
| 用具の名称  |                  |   |              |
| 軽度・中等度難聴児補聴器（基準額）<br>※差額自己負担等、軽度・中等度難聴児補聴器の対象とならないものは除く。 |                  |   | 円            |
| 利用者負担額   |                  |   | 円            |
| 軽度・中等度難聴児補聴器請求額（助成金交付額）                                  |                  |   | 円            |
| 振込先  | 銀行・信用組合<br>金庫・農協 |   | 支店・支所<br>営業所 |
|  | 預金種類             | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | フリガナ         |
|  | 口座番号             |   | 名義人          |

年 月 日

請求者兼委任者  
（障害者又は障害児の保護者）

住 所

氏 名



児童氏名

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込んでください。

年 月 日

受任者  
（業者）

住 所

名 称

代表者氏名

