

品川区中等度難聴児発達支援事業実施要綱

| | | | |
|----|-------------------|------|-----------|
| 制定 | 平成 25 年 10 月 10 日 | 区長決定 | 要綱第 144 号 |
| 改正 | 平成 27 年 3 月 31 日 | 区長決定 | 要綱第 187 号 |
| 改正 | 平成 28 年 12 月 16 日 | 区長決定 | 要綱第 258 号 |
| 改正 | 平成 30 年 12 月 25 日 | 区長決定 | 要綱第 2 号 |
| 改正 | 平成 31 年 2 月 1 日 | 部長決定 | 要綱第 165 号 |
| 改正 | 令和 2 年 6 月 26 日 | 区長決定 | 要綱第 138 号 |
| 改正 | 令和 2 年 12 月 10 日 | 部長決定 | 要綱第 203 号 |
| 改正 | 令和 4 年 1 月 11 日 | 部長決定 | 要綱第 2 2 号 |

(目的)

第 1 条 この要綱は、身体障害者手帳の交付対象とならない中等度難聴児に対して、補聴器およびその付属品（以下「補聴器等」という。）の装用により言語の習得や生活能力、コミュニケーション能力等の向上を促進するため、補聴器等の購入および修理費用の一部を助成し、もって難聴児の健全な発達を支援することを目的とする。

(助成対象児)

第 2 条 本事業の助成を受けることができる者は、次の要件に該当する 18 歳未満の中等度難聴児（以下「助成対象児」という。）とする。

- (1) 区内に住所を有すること。
- (2) 両耳の聴力レベルが 30dB 以上 70dB 未満で、身体障害者手帳（聴覚障害）交付の対象とならないこと。
- (3) 補聴器等の装用により、言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断する者であること。

(所得制限等)

第 3 条 助成対象児または助成対象児の属する世帯の他の世帯員のうち、申請のあった日の属する年度（申請のあった日の属する月が 4 月から 6 月までの間にあつては、当該年度の前年度とする。）における区民税所得割最多納税者の納税額が 46 万円以上の場合には、本事業による助成の対象外とする。

2 区民税の算定に当たっては、1 月 1 日現在において所得割の税率が品川区特別区税条例（昭和 39 年品川区条例第 48 号）第 18 条に規定する税率と異なる区市町村に住所を有していた者の所得割の額は、1 月 1 日現在において品川区に住所を有していたものとして計算する。

(対象品目等)

第4条 助成の対象は、別表第1に定める補聴器および別表第2に定める付属品とし、その購入または修理に要する費用を助成する。

2 補聴器の種類ごとの1台当たりの基準価格および耐用年数は別表第1のとおりとする。

3 付属品の種類ごとの1台当たりの基準価格および耐用年数は別表第2のとおりとする。

4 助成の対象となる補聴器は、原則、高度難聴用補聴器とする。ただし、第6条第1項に規定する医師が助成対象児の装用効果等を勘案して、特に必要と認める場合に限り、高度難聴用補聴器以外の補聴器を支給の対象とすることができる。

5 助成の対象となる補聴器は、原則、装用効果の高い側の片耳に装用する補聴器とする。ただし、区長が教育上または生活上等特に必要と認めた場合は、両耳に装用する補聴器を助成の対象とすることができる。

(助成額の算定および費用負担)

第5条 この助成金の算定基礎となる額は、助成対象児が新たに補聴器等を購入する経費、補聴器等を修理する経費または耐用年数経過後に補聴器等を更新する経費（以下「購入費等」という。）として区長が必要と認める額と前条第2項および第3項に規定する基準価格とを比較していずれか少ない額（以下「算定基礎額」という。）とする。ただし、前条第5項ただし書の規定により両耳に補聴器を装用する場合における助成金の算定基礎となる額は、左右それぞれの耳について、購入費等として区長が必要と認める額と前条第2項および第3項に規定する基準価格とを比較していずれか少ない方の額とする。

2 助成額は算定基礎額の10分の9に相当する額（1円未満に端数があるときは、これを切り捨てた額）とする。ただし、助成対象児が生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯または区民税非課税世帯に属する場合の助成額は、算定基礎額の10分の10とする。

(申請)

第6条 交付を受けようとする助成対象児の保護者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条に規定する保護者をいう。以下「申請者」という。）は、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）に、次に掲げる書類を添付して、区長に提出しなければならない。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する耳鼻咽喉科医師、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）第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科）の医師または助成対象児の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が、助成対象児の聴力検査等を実施し交付した中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金交付意見書（様式第2号。以下「意見書」という。）

(2) 補聴器販売事業者（以下「補聴器業者」という。）が、意見書に基づき作成した見積書

(3) 中等度難聴児発達支援事業補聴器の種類に関する意見書（様式第3号）

(4) 前3号に掲げるもののほか、区長が必要と認める書類

（所得審査等）

第7条 区長は、前条に規定する申請書等の提出があったときは、調査書を作成するとともに、助成対象児の属する世帯全員の所得状況等を調査し、第3条に規定する助成の対象外でないことを確認する。

（決定）

第8条 区長は、第6条に規定する申請の内容を審査し、助成の可否を決定する。

2 区長は、助成することを決定したときは、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金交付決定通知書（様式第4号。以下、「交付決定通知書」という。）により、助成しないことを決定したときは、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

（補聴器等の購入または修理）

第9条 前条第2項の規定により助成の決定を受けた者（以下「助成決定者」という。）は、助成の決定を受けた後、交付決定通知書に記載された補聴器業者から速やかに購入し、または修理するものとする。

（助成金の請求および支払い）

第10条 前条の規定により補聴器を購入し、または修理した助成決定者は、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金請求書（様式第6号）に領収書を添えて、区長に請求するものとする。

2 区長は、前項による請求があったときは内容を審査のうえ、助成額を交付するものとする。

（代理受領）

第11条 前条に規定する交付額の支払いは、助成決定者が補聴器を購入し、または修理した補聴器業者へ代理受領させることができるものとする。

（助成決定の取消し）

第12条 区長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消し、その者からすでに交付した額の全部または一部を返還させることができる。

(1) 虚偽または不正の行為により補聴器購入費等助成金の交付を受けたとき。

(2) 補聴器等を交付目的に反して使用し、譲渡し、貸与し、または担保に供したとき。

(3) その他補聴器購入費等助成金の交付が不相当と区長が認めるとき。

（台帳の作成）

第13条 区長は、補聴器購入費等の助成にあたり、中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成台帳（様式第7号）を備え、必要な事項を記載するものとする。

（その他）

第14条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に必要な事項については、別に福祉部長が定める。

付 則

この要綱は、平成25年11月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成27年4月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成29年1月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成30年9月1日から適用する。

付 則

この要綱は、平成31年2月1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和2年6月26日から適用する。

付 則

この要綱は、令和3年1月1日から適用する。

付 則

この要綱は、令和4年1月11日から適用する。

別表 1 (第 4 条関係)

| 補聴器の種類 | 基準価格 | 耐用年数 | 備考 |
|---------------|---|------|---|
| 高度難聴用ポケット型 | 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 528 号。以下「告示」という。）別表 1（5）および別表 3（5）に、告示 3 または 4 の規定を適用した額とする。 | 5 年 | <p>（1）補聴器の種類は、告示別表 1（5）および別表 3（5）に規定する基本構造を満たすものとする。</p> <p>（2）デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2, 000 円を加算すること。</p> |
| 高度難聴用耳かけ型 | | | |
| 重度難聴用ポケット型 | | | |
| 重度難聴用耳かけ型 | | | |
| 耳あな型（レディメイド） | | | |
| 耳あな型（オーダーメイド） | | | |
| 骨導式ポケット型 | | | |
| 骨導式眼鏡型 | | | |

別表 2 (第 4 条関係)

| 付属品の種類 | 基準価格 | 耐用年数 | 備考 | |
|------------------------|----------|----------|-----|--|
| 補聴システム (FM 型・デジタル式) | ワイヤレスマイク | 98,000 円 | 5 年 | 補聴器本体と併せて購入する場合は、別表第 1 の基準価格に、左記の基準価格を加算できる。 |
| | 受信機 | 80,000 円 | | |
| | オーディオシュー | 5,000 円 | | |

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成申請書

申請日 年 月 日

(申請先) 品川区長 あて

(申請者) 住所
氏名
児童氏名
連絡先

下記のとおり補聴器（購入・修理）費の助成を申請します。
助成の審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務関係資料その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。

| | | | |
|---------------------|---|-------------------|---|
| 購入を希望する補聴器の種類 | 別紙、中等度難聴児発達支援事業意見書のとおり | | |
| 購入・修理を希望する業者 | 名称 所在地 電話番号 | | |
| 対象児童の保護者名 | | 児童との続柄 | |
| 身体障害者手帳（聴覚障害）の申請の有無 | 有・無 | | |
| 生活状況等 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 | 最近 5 年間の補聴器の購入の状況 | 右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 中等度難聴児発達支援事業 <input type="checkbox"/> 補装具費支給制度 <input type="checkbox"/> その他（ ） |

| | | | | | |
|----|----------|--------|----|---|-----------|
| 氏名 | 男・女 | | 年 | 月 | 日生 (歳) |
| 住所 | 区・郡 市 | 町 村 | 丁目 | 番 | 号 (方) |

※身体障害者手帳（聴覚障害）に該当する聴力の場合は、本事業の対象ではありません。

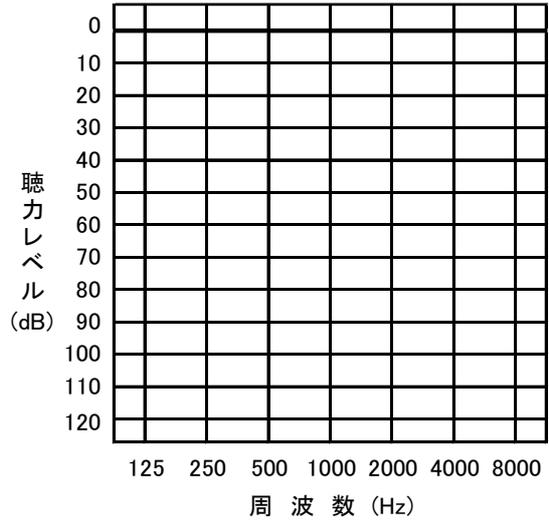
※以下は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（耳鼻咽喉科）の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

1 聴覚障害の状況及び所見

- (1) 難聴の種類
伝音難聴・感音難聴・混合難聴
- (2) 鼓膜の状況



- (4) オーディオグラム（別紙可） ※検査可能な場合は
検査法 () 骨導値記入



(3) 聴力レベルと語音明瞭度

| | | |
|---------|------------|------------|
| | 右耳 | 左耳 |
| 聴力レベル | dB | dB |
| 最良語音明瞭度 | (dB) % | (dB) % |

2 必要とする補聴器等およびイヤモールド

※補聴器等の種類に○をつけ、装用耳とイヤモールド等の要否を選択してください。

| 装用耳 | 中等度～高度難聴用 (聴力レベル90dB未満) | | 重度難聴用 (聴力レベル90dB以上) | | 耳あな型 | | 骨導式 | | 補聴システム (FM型・デジタル方式) | | | イヤモールド | 専門的知識・技能を有する者による調整 | |
|-----|----------------------------|------|------------------------|-------|--------|---------|-------|-----|------------------------|-----|----------|--------|--------------------|------|
| | ポケット型 | 耳かけ型 | 耳かけ型 | ポケット型 | レディメイド | オーダーメイド | ポケット型 | 眼鏡型 | ワイヤレスマイク | 受信機 | オーディオチュー | | | |
| 右 | | | | | | | | | | | | | 要・不要 | 要・不要 |
| 左 | | | | | | | | | | | | | 要・不要 | 要・不要 |

※原則は片耳への支給とします。教育上、生活上特に必要があり有効性を認める場合には、両耳への支給が認められる場合があります。

3 補聴器等を必要とする理由および具体的効果（言語の習得や生活能力の向上に寄与するなど）

※補聴器の装用による具体的効果、両耳装用が必要な理由、補聴システムが必要な理由、専門的知識・技能を有する者による調整が必要な理由等をご記入ください。

上記のとおり意見する。

年 月 日 医療機関名
所在地・電話
医師名

様式第 3 号

中等度難聴児発達支援事業補聴器の種類に関する意見書

中等度難聴児発達支援事業の助成の対象となる補聴器は、原則、高度難聴用補聴器としています。

(補装具では、平均聴力レベルが 90dB 未満を高度難聴用補聴器、90dB 以上を重度難聴用としています。)

身体障害者手帳の取得要件 (1. 両耳の聴力レベルが 70dB 以上のもの。 2. 一側耳の聴力レベルが 90dB 以上、他側耳の聴力レベルが 50dB 以上のもの。)を満たす場合は、この事業の対象とはなりません。

その他の補聴器の種類を必要とする場合に、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、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(耳鼻咽喉科)の医師又は利用者の主治の医師たる耳鼻咽喉科医師が記入してください。

| 氏 名 | | 生年月日 | |
|--------------------|--|------|--|
| 必要とする補聴器の種類 | <input type="checkbox"/> 重度難聴用 (ポケット型 耳掛け型) <input type="checkbox"/> 耳あな型 (レディメイト オーダーメイト) <input type="checkbox"/> 骨導式 (ポケット型 眼鏡型) <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 種類決定の判断・理由 | <input type="checkbox"/> 比較試聴の結果、より高い装用効果が得られる。 <input type="checkbox"/> 本人の希望による () <input type="checkbox"/> その他 () ----- (特に必要とする理由) | | |
| その他 特に配慮を要する事情等 | | | |

様式第4号

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金交付決定通知書

| | | | | | |
|--|---|-----------|-------------|-----------|-----|
| 第 年 月 日 号 | | | | | |
| (申請者) 様 | | | | | |
| 品川区長 印 | | | | | |
| さきに申請のありました助成金の交付につきましては、次のとおり決定しましたので通知します。 | | | | | |
| 交付番号 | 第 | 号 | 交付決定 年月日 | 年 | 月 日 |
| 対象児童名 | | | | | |
| 対象とする 補聴器等の 種類および 費用の種類 | | | 補聴器 業者 | | |
| 購入費等の 額 | 円 | 自己負 担額 | 円 | 公費負 担額 | 円 |
| 備考 | | | | | |

様式第5号

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金交付申請却下通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

品川区長

印

年 月 日に申請がありました助成金の交付につきましては、下記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。

記

却下した理由

中等度難聴児発達支援事業補聴器購入費等助成金請求書

年 月 日

(あて先) 品川区長あて

(請求者)

居住地

氏 名

㊦

対象児童氏名

交付番号

中等度難聴児発達支援事業に係る補聴器購入費等助成公費負担額について、下記により請求します。

記

1 請求金額 (公費負担額) 円

2 補聴器等購入 (修理) 年月日 年 月 日

3 添付書類 領収書

4 振込先

| | |
|-------------------|--------------------|
| 金融機関 | () 銀行・信用金庫・農協 |
| | () 本店・支店・支所 |
| 預金種別 (該当を○で囲む) | 1 普通 2 当座 |
| 支店番号 | 口座番号 |
| (フリガナ) 口座名義人 | |

