

中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、聴力機能の低下により日常生活に支障を来している高齢者に対し、コミュニケーションの手段を確保するとともに、介護予防や引きこもりの防止を図り、もって高齢者福祉の増進に寄与することを目的として、中之条町高齢者補聴器購入費助成金（以下「助成金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 中之条町の住民基本台帳に記録されている65歳以上の者であること。
- (2) 聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けていない者であること。
- (3) 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、かつ、聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象にならない者であること。
- (4) 耳鼻咽喉科専門医（以下「専門医」という、）から補聴器の使用が必要と認められ、かつ、当該専門医の意見書等を提出することができる者であること。
- (5) 町税（中之条町税条例（昭和31年条例第3号）第3条第1項に規定する町税をいう。）を滞納していない世帯の者であること。
- (6) 過去にこの要綱による助成金の交付を受けていないこと。

(助成対象経費)

第3条 助成金の対象となる経費（以下「助成対象経費」という。）は、管理医療機器認証を取得した新品の補聴器本体（電池、充電器及びイヤモールド（以下「付属品」という。）を含む。）の購入費用とする。ただし、次に掲げる費用は補助対象経費から除くものとする。

- (1) 診察料、検査料及び意見書作成料等の受診費用
- (2) 補聴器の修理、保守、電池交換及び付属品のみの購入に係る費用
- (3) 集音器の購入に係る費用
- (4) その他町長が不相当と認める経費

2 助成金の交付対象となる補聴器は、1人当たり1台限りとする。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、助成対象経費に係る費用の2分の1を乗じて得た額（その額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とし、30,000円を上限とする。

（交付申請）

第5条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

- （1） 専門医が作成した中之条町高齢者補聴器購入費助成金意見書（様式第2号）
- （2） 3ヶ月以内に作成されたオーディオグラム（純音聴力図）
- （3） 購入しようとする補聴器に係る見積書
- （4） その他町長が必要と認める書類

（交付決定）

第6条 町長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、交付の可否について、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付決定（却下）通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

（請求等）

第7条 前条の規定による交付決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、補聴器の購入を行った後、速やかに中之条町高齢者補聴器購入費助成金実績報告書兼請求書（様式第4号）に領収書の写しを添えて町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定により提出された書類を審査し、適当と認めるときは、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付確定通知書（様式第5号）により交付決定者に通知するとともに、交付決定者が指定する金融機関の口座に交付金を振り込むものとする。

（交付の取消し）

第8条 町長は、交付決定者が偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けたときは、当該交付決定を取り消し、既に交付された助成金があるときは、その全部又は一部を返還させることができるものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第 1 号

様式第 1 号(第 5 条関係)

中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付申請書

年 月 日

中之条町長 様

〒
申請者 住所
氏名
連絡先
続柄

次のとおり、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたり、審査に必要となる私の世帯の住民登録資料、課税資料、補聴器購入状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧・報告することを承諾します。

対 象 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	
購入を希望する補聴器の種類等	耳かけ型 ・ ポケット型 ・ その他() 付属品()	
補 聴 器 の 額	円(税込)	
交 付 申 請 額	※上記の補聴器の額に2分の1を乗じて得た額(1,000円未満切り捨て)と、30,000円を比較して低い方の額 円	
希望する補聴器販売事業者	所 在 地	
	名 称	
	電話番号	
聴覚障害による身体障害者手帳交付の有無	有 ・ 無	
本助成金交付歴	有 ・ 無	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 中之条町高齢者補聴器購入費助成金意見書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に作成されたオーディオグラム(純音聴力図) <input type="checkbox"/> 補聴器に係る見積書 <input type="checkbox"/> その他()	

様式第 2 号

様式第 2 号(第 5 条関係)

中之条町高齢者補聴器購入費助成金意見書

1, 対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			
住所	中之条町大字		

2, 対象要件

○以下、当てはまる項目にレを記入して下さい。

- 両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上である。
- 聴覚障害による身体障害者手帳の交付の対象とならない聴力レベルである。

○上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障が生じることから、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

印

電話番号

意見書作成の留意事項

- ・意見書は、耳鼻咽喉科専門医が作成したものに限りませう。
- ・3 ヶ月以内に作成されたオーディオグラム(純音聴力図)を添付してください。

様式第 3 号

様式第 3 号(第 6 条関係)

第 号
年 月 日

様

中之条町長

中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった、中之条町高齢者補聴器購入費助成金について、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり交付決定（却下）したので、通知します。

記

交付決定額	円
交付の条件	(1) この助成金は、目的以外に使用しないこと。もし、目的に反して使用したときは、当該助成金の全部又は一部を返還しなければならない。 (2) 助成対象事業を中止しようとするときは、速やかに報告し、その指示を受けなければならない。 (3) 助成対象事業が完了したときは、速やかに中之条町高齢者補聴器購入費助成金実績報告書兼請求書を提出しなければならない。
却下の理由	

様式第 4 号

様式第 4 号(第 7 条関係)

中之条町高齢者補聴器購入費助成金実績報告書兼請求書

年 月 日

中之条町長 様

〒
住所
交付決定者 氏名
連絡先

年 月 日付けで交付決定を受けた中之条町高齢者補聴器購入費助成金について、補聴器を購入したので、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第 7 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて実績報告及び助成金を請求します。

記

購入した補聴器の種類等	耳かけ型 ・ ポケット型 ・ その他() 付属品() メーカー名() 製品名()	
補聴器の額	円(税込)	
販売事業者	所在地	
	名称	
	電話番号	
助成金請求額	円	
振込先口座	金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協 本店 ・ () 支店(所)
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	口座名義人	フリガナ
添付書類	<input type="checkbox"/> 購入した補聴器の領収書の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し等、振込先の口座が分かるもの	

様式第 5 号

様式第 5 号(第 7 条関係)

第 号
年 月 日

様

中之条町長

中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付確定通知書

年 月 日付けで実績報告のあった、中之条町高齢者補聴器購入費助成金について、中之条町高齢者補聴器購入費助成金交付要綱第7条第2項の規定により、下記のとおり交付を確定し、貴指定口座へ助成金を振り込みます。

記

交付確定額	円
振 込 日	年 月 日