

佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、聴力機能の低下により日常生活に支障をきたしている者に対し、補聴器の購入に要する費用を補助することにより、円滑なコミュニケーションの確保、難聴者の生きがいつくりや社会参加の促進を図るため、予算の範囲内で補助金を交付することについて、佐久穂町補助金等交付規則（平成17年規則第38号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象者)

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

- (1) 町内に住所を有し、現に居住している満18歳以上の者
- (2) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定による身体障害者手帳（聴覚障害に係るものに限る。）の交付を受けていない者
- (3) 両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満であり、一般社団法人日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会が指定した県内に所在する精密聴力検査機関の専門医により、補聴器の装用が必要であると診断されている者
- (4) 町税等を滞納していない世帯の者
- (5) 過去にこの要綱による補助金の交付を受けたことがない者

(補助金の額)

第3条 補助金の額は、医療機器認定を取得した補聴器の購入費用の2分の1以内とし、3万円を上限とする。ただし、補助金の額に千円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(交付申請)

第4条 補助金の交付を受けようとする補助対象者（以下「申請者」という。）は、補聴器を購入した日から起算して90日以内、又は当該年度の3月末までのいずれか早い日までに、佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書（以下「補助金交付申請書」という。）（様式第1号）に次の各号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) 申請前3か月以内に作成された医師意見書（様式第2号）
- (2) 補聴器購入に係る領収書の写し（購入日、購入店名、購入品名及び補聴器の購入金額が確認できるもの）
- (3) 購入した補聴器の仕様又は構造等が確認できるもの（取扱説明書の写し、補聴器のカタログの写し等）
- (4) 前号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

2 申請は、補助対象者1人につき片耳装用、両耳装用問わず1回限りとする。

(補助金の交付)

第5条 町長は、前条の規定による補助金交付申請書の提出を受けたときは、その内容を審査の上その適否を決定し、適当と認めたときは佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付決定通知書兼確定通知書（様式第3号）により、不適当と認めたときは佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金不交付決定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により、補助金の交付を決定した時は、速やかに補助金の交付を行うものとする。

(交付決定の取消し)

第6条 町長は、申請者が虚偽の申請その他不正な行為により補助金の交付を受けた場合は、補助金の交付決定の全部又は一部を取消することができる。

2 前項の規定により補助金の交付決定が取消された場合、既に補助金を受領しているときは、申請者は町長の指示するところにより、取消された補助金を返還しなければならない。
(その他)

第7条 この告示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

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

様式第1号（第4条関係）

佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付申請書兼実績報告書兼請求書

年 月 日

（宛先）佐久穂町長

申請者 住 所 佐久穂町

（対象者）

ふりがな
氏 名

印

生年月日 年 月 日生（ 歳）

電話番号

佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請及び請求します。補聴器購入に関わる費用負担額の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

購入した補聴器の種類等	補聴器の装用耳 左 ・ 右 ・ 両耳
	補聴器の種類 耳あな型 ・ 耳かけ型 ・ ポケット型 その他（ ）
補聴器購入年月日	年 月 日
補聴器購入金額	円 補助金交付申請額 (請求額) ※ 円

※補聴器購入金額の1/2（上限30,000円 1,000円未満切捨て）

【振込口座】申請者本人以外の口座を指定する場合は委任条を添付してください。

金融機関名		支店名	
口座番号		口座種別	普通 ・ 当座
フリガナ			
口座名義人			

《添付書類》

- 医師意見書（申請前3か月以内に作成したもの）
- 購入した補聴器の仕様又は構造等が確認できるもの（取扱説明書の写し等）
- 補聴器購入に係る領収書等の写し（購入日、購入店名、購入品名、購入金額が確認できるもの）

様式第2号（第4条関係）

様式第2号（第4条関係）

医師意見書

年 月 日

（宛先）佐久穂町長

医療機関名 _____

医 師 名 _____

下記の者は、両耳の聴力レベルが40デシベル以上70デシベル未満であるため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住所	佐久穂町大字		
【聴力検査結果】 オージオグラム（聴力検査の結果を示すグラフをいう。）をこの欄又はこの用紙の裏面に貼付するか、右肩の裏面にとじ金具等で留めてください。			

様式第3号（第5条関係）

様式第3号（第5条関係）

佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付決定通知書兼確定通知書

第 号
年 月 日

様

佐久穂町長

年 月 日付で申請のありました佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付申請
について、佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金交付要綱第5条の規定により下記のと
おり決定（確定）しましたので通知します。

記

1 補助金決定（確定）額 円

（購入費の2分の1以内で30,000円を上限。ただし1,000円未満切捨て）

2 対象者氏名

3 補聴器の種類

4 補助金支払予定日

様式第4号（第5条関係）

様式第4号（第5条関係）

佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金不交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

佐久穂町長

年 月 日に申請がありました佐久穂町難聴者補聴器購入費補助金につきまして、次の理由により交付することができませんので通知します。

理 由