

魚津市告示第122号

魚津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業実施要綱の
一部改正について

魚津市軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助事業実施要綱（平成27年魚津市告示第67号）の一部を次のように改正する。

令和4年10月14日

魚津市長 村椿 晃

第3条第2項第2号を次のように改める。

（2）別表第2に定める補装具の種目、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。）に規定する基本構造を満たす補聴器又は別表3に定める告示による基本構造等によることができない補聴器（以下「特例補聴器」という。）であること。

第3条第4項中「別表第2」の次に「又は別表第3の」を加える。

第4条第1項第1号中「別表第2」の次に「又は別表第3」を加え、「種類欄に定める区分」を「種類」に改める。

第5条中第3号を削り、第4号を第3号とする。

別表第2を次のように改める。

別表第2（第3条関係）

対象補聴器及び購入（更新）基準

区分	種類	基準価格 (円/台)	対象品目
補聴器	高度難聴用ポケット型	41,600	①補聴器本体（電池を含む。） ②イヤモールド （イヤモールド分9,000円を基準価格に加算する。）
	高度難聴用耳かけ型	43,900	
	重度難聴用ポケット型	55,800	
	重度難聴用耳かけ型	67,300	
	耳あな型（レディメイド）	87,000	
	耳あな型（オーダーメイド）	137,000	補聴器本体（電池を含む。）
	骨導式ポケット型	70,100	①補聴器本体（電池を含む。） ②骨導レシーバー ③ヘッドバンド
骨導式眼鏡型	120,000	①補聴器本体（電池を含む。） ②平面レンズ（レンズ1枚につき3,600円を基準価格に加算する。）	
補聴支援機器	補聴システム	92,000	受信機本体
		128,000	ワイヤレスマイク本体

備考 上記補聴器支給の要件及び消費税等の取扱いについては、補装具費支給事務取扱指針について（平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に準ずるものとする。

別表第2の次に次の1表を加える。

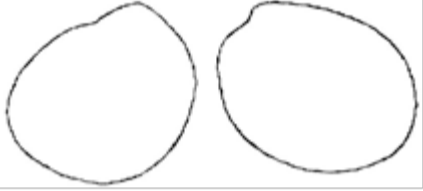
別表第3（第3条関係）

対象補聴器及び購入（更新）基準（特例補聴器）

区分	種類	基準価格 (円/台)	対象品目
補聴器	軟骨伝導式補聴器	175,000	補聴器本体（電池を含む。）

備考 特例補聴器とする場合は、富山県障害者相談センターの判定又は意見に基づき決定するものとする。

様式第2号から様式第4号までを次のように改める。

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		年 月 日生（ 歳）																																																																																																																					
住所																																																																																																																							
診断名	※4分法平均聴力を記入してください。																																																																																																																						
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・伝音難聴 ・混合難聴 ・感音難聴 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 35%; text-align: center;">右耳</td> <td style="width: 35%; text-align: center;">左耳</td> </tr> <tr> <td>聴力レベル</td> <td style="text-align: center;">dB</td> <td style="text-align: center;">dB</td> </tr> </table>		右耳	左耳	聴力レベル	dB	dB																																																																																																															
	右耳	左耳																																																																																																																					
聴力レベル	dB	dB																																																																																																																					
鼓膜の状態																																																																																																																							
補聴器の種類 (処方)	<p>耳かけ型</p> <ul style="list-style-type: none"> └ 重度難聴用 (右・左) └ 高度難聴用 (右・左) <p>ポケット型</p> <ul style="list-style-type: none"> └ 重度難聴用 (右・左) └ 高度難聴用 (右・左) <p>骨導式 (ポケット型・眼鏡型) (右・左)</p> <p>耳あな型 (レディメイド・オーダーメイド) (右・左)</p> <p>イヤモールド (右・左)</p> <p>補聴システム (受信機) (右・左)</p> <p style="text-align: center;">(ワイヤレスマイク)</p> <p>軟骨伝導式補聴器 (右・左)</p>	<p>オーディオメータの型式 _____</p> <p>検査日 (年 月 日)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">125</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">250</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">500</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1000</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2000</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">4000</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8000</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">Hz</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">110</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">dB</p> <p style="text-align: center;">※気導・骨導聴力をご記入ください。</p> <p>ABR、ASSR などの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。</p> <p>【備考】</p>		125	250	500	1000	2000	4000	8000	Hz	0									10									20									30									40									50									60									70									80									90									100									110								
	125	250	500	1000	2000	4000	8000	Hz																																																																																																															
0																																																																																																																							
10																																																																																																																							
20																																																																																																																							
30																																																																																																																							
40																																																																																																																							
50																																																																																																																							
60																																																																																																																							
70																																																																																																																							
80																																																																																																																							
90																																																																																																																							
100																																																																																																																							
110																																																																																																																							
現在までの障害の状況 (治療の内容、期間及び経過)・意見をご記入ください。																																																																																																																							
補聴器を必要とする理由及び具体的効果 (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、耳あな型補聴器やイヤモールドが必要な理由等をご記入ください。																																																																																																																							
<p>1 意見書の記載は、県が実施する新生児聴覚検査事業における精密検査機関に属する医師に限る。</p> <p>2 難聴児の補聴器の交付は、教育・生活上等真に必要なと認めた場合、両耳装用として2台交付することができる。</p> <p>3 当該児が障害者総合支援法に基づく支給等に該当する場合、そちらを優先することとする。</p>																																																																																																																							
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>																																																																																																																							

軽度・中等度難聴児補聴器購入費等補助金
交付申請却下通知書

魚津市指令第 号
年 月 日

様

魚津市長 印

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補助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

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

3 この告示の施行の際、旧様式による用紙で現に残存するものは、当分の間所要の調整をして使用することができる。