

茨木市高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、加齢等による聴力低下により日常生活に支障のある高齢者に対して、管理医療機器である補聴器（以下「補聴器」という。）を購入する場合に要する費用の一部を補助することにより、高齢者の聴力低下に対応し、社会参加や地域交流を促進させ、認知症やフレイル予防につなげるため、茨木市高齢者補聴器購入費補助事業の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 認定補聴器専門店 公益財団法人テクノエイド協会が、補聴器の適正な販売を行うために遵守すべきものとして定めている「認定補聴器専門店業務運営基準」に適合して行われていると認定し、同協会の認定補聴器専門店登録簿に登録し、認定証書を交付している補聴器販売店をいう。
- (2) 認定補聴器技能者 公益財団法人テクノエイド協会が、補聴器の適合調整、補聴効果の確認及び使用指導を適切に行うことのできる専門的な知識及び技能を習得した「認定補聴器技能者」として認定された者をいう。

(補助対象)

第3 補聴器購入費補助の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 満65歳以上で、市内に住所を有し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に登録されている者
- (2) 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、耳鼻咽喉科医師（以下「医師」という。）の診断により、補聴器の装用が必要であると認められ、かつ、その証明を受けた者
- (3) 聴覚障害による身体障害者手帳の交付要件を満たさない者

(補助の対象経費及び補助額)

第4 市長は、補助の対象者に対し、補聴器の購入に係る経費を予算の範囲内で補助するものとする。

- 2 補助の対象経費は、片側装用又は両側装用のいずれか1台分の購入費用とする。ただし、集音器の購入費用及び診察料、検査料、証明書料、送料その他購入のために要した費用は、補助の対象としない。
- 3 補助の額は、25,000円とし、1人の申請者につき1回限り行う。ただし、補助の対象となる経費が25,000円を下回る場合は、その購入に係る費用を補助するものとする。

(補助の申請)

第5 補聴器購入費の補助を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、補聴器を購入する前に、医師の証明を受けた茨木市高齢者補聴器購入費補助申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

(1) 医師の証明に基づき、認定補聴器専門店又は認定補聴器技能者が作成した補聴器の見積書（品名・品番・金額が分かるもの）の写し

(2) その他市長が必要と認める書類
(補助の決定)

第6 市長は、第5の規定による申請があったときは、補助の可否を決定の上、茨木市高齢者補聴器購入費補助決定通知書（様式第2号）により、補助しないことを決定した場合は、茨木市高齢者補聴器購入費補助不支給決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

(補聴器の購入)

第7 第6の規定により補助決定通知を受けた者（以下「補助決定者」という。）は、補助の対象となる補聴器を購入するものとする。

(補助の請求)

第8 補助決定者は、補聴器を購入し、補助決定通知書に記載された決定日から起算して3月を経過した日又は補助決定を受けた日の属する会計年度の末日のいずれか早い日までに、茨木市高齢者補聴器購入費補助請求書（様式第4号）に次に掲げる必要書類を添えて請求しなければならない。

(1) 購入した補聴器の領収書（購入日・品名・品番・金額が分かるもの）

(2) 補助決定通知書の写し

(3) その他市長が必要と認める書類

2 市長は、前項の請求があったときは、その内容を審査の上、適当と認めた場合は、補助決定者に対して補助金を支払うものとする。

(補助決定の取消し)

第9 市長は、補助決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により補助を受け、又は受けようとしたとき。

(3) 補助決定の内容又はこれに付した条件に違反したとき。

(4) 関係法令に違反したとき。

(5) その他市長が不相当と認めたとき。

2 市長は、前項の規定により、補助決定を取り消したときは、茨木市高齢者補聴器購入費補助決定取消通知書（様式第5号）により、補助決定者に通知するものとする。

(補助金の返還)

第10 市長は、第9の規定により、補助決定を取り消した場合において、当該取り消しに係る補助金を既に交付しているときは、茨木市高齢者補聴器購入費補助返還請求書（様式第6号）により、期限を定めて返還を請求するものとする。

(その他)

第11 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から実施する。

（申請先）茨 木 市 長

提出者
 住 所 茨木市
 氏 名 _____
 生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）
 電 話 （ ） 自宅・呼出

茨木市高齢者補聴器購入費補助申請書

茨木市高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱第5の規定により申請します。

利 用 者 氏 名		
住 所	□提出者と同じ □その他（茨木市）	
生 年 月 日	□提出者と同じ □その他（ ）	
電 話 番 号	□提出者と同じ □その他（ ）	
対 象 要 件 の 確 認	↓該当項目に□チェックを付けてください。（全てにチェックが付く方が対象）	
	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科医師の診断で補聴器の装用が必要である。
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳（聴覚障害）を取得又は申請中でない。
	<input type="checkbox"/>	この事業による補助を受けたことがない。
	<input type="checkbox"/>	補聴器の購入前である。

※ 添付書類

(1) 認定補聴器専門店または認定補聴器技能者が作成した補聴器の見積書（※）の写し

（※）利用者氏名、品名、品番、金額の記載があること。

同意書	
高齢者補聴器購入費補助金の支給可否決定に必要なときは、私の住民登録及び身体障害者手帳に関する情報について、茨木市長が住民基本台帳、身体障害者手帳に関する書類で確認することに同意します。	
利用者氏名	

↓下の「医師記入欄」は耳鼻科医が記入。医師の記入後、茨木市高齢者補聴器購入費補助申請書（様式1号）と添付書類（※）を添えて「3か月以内」に申請してください。

【医師記入欄】耳鼻科医が記入（診断書・意見書の添付でも可）

対 象 者 氏 名		
聴力等の要件等	↓該当項目（□）にチェック☑を付けてください。	
	<input type="checkbox"/>	両耳の聴力レベルが40デシベル以上（中等度）の難聴
	<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳（聴覚障害要件の以下①～③）のいずれも満たさない ①両耳の聴力レベル70デシベル以上 ②一側耳の聴力レベル90デシベル以上、他側耳の聴力レベル50デシベル以上 ③両耳による普通話声の最良の語音明瞭度50パーセント以下
	<input type="checkbox"/>	補聴器の装用が必要。【いずれかに☑→□右耳、□左耳、□両耳】
医師記入	記入日 年 月 日	
	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	医師氏名	

様式第2号（第6関係）

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市高齢者補聴器購入費補助決定通知書

年 月 日付けで申請のあった茨木市高齢者補聴器購入費補助について、次のとおり決定しましたので通知します。

補 助 額 円

（備考）

次に該当する場合は、補助決定の取消しとなります。

- (1) この要綱に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により補助を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) 補助決定の内容又はこれに付した条件に違反したとき。
- (4) 関係法令に違反したとき。
- (5) その他市長が不相当と認めたとき。

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市高齢者補聴器購入費補助不支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった茨木市高齢者補聴器購入費補助について
次の理由により支給できませんので通知します。

利用者氏名	
決定日	年 月 日
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	理 由
<input type="checkbox"/>	補助対象の要件（※）に該当していないため
<input type="checkbox"/>	その他

※（補助対象の要件）

第3 補聴器購入費補助の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 満65歳以上で、市内に住所を有し、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者。
- (2) 両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、耳鼻咽喉科医師の診断により、補聴器の装用が必要であると認められかつ証明を受けた者。
- (3) 聴覚障害による身体障害者手帳の交付要件を満たさない者。

年 月 日

（申請先）茨 木 市 長

提出者
 住 所 茨木市
 氏 名
 生年月日 年 月 日（ 歳）
 電 話 （ ） 自宅・呼出

茨木市高齢者補聴器購入費補助請求書

茨木市高齢者補聴器購入費補助事業実施要綱第8の規定により請求します。

利用者氏名								
請 求 金 額	円		上限25,000円 (上限を下回るときはその購入費用)					
振込先金融機関	銀行			支店				
ふりがな								
口座名義人								
預金種目（普通・当座・貯蓄）	口座番号							

※ 添付書類

- (1) 購入した補聴器の領収書（※）
 (※)利用者氏名、品名、品番、金額、購入日の記載があること。
- (2) 茨木市高齢者補聴器購入費補助決定通知書（様式第2号）の写し

（備考）

補助決定者は、補聴器を購入し、補助決定通知書に記載された決定日から起算して3月を経過した日又は補助決定を受けた日の属する会計年度の末日のいずれか早い日までに、茨木市高齢者補聴器購入費補助請求書（様式第4号）と添付書類を添えて請求すること。

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市高齢者補聴器購入費補助決定取消通知書

年 月 日付で申請のあった茨木市高齢者補聴器購入費補助について、次の理由により、補助決定の全部または一部を取り消します。

該当に <input checked="" type="checkbox"/>	理 由
<input type="checkbox"/>	この要綱に違反したとき。
<input type="checkbox"/>	虚偽その他不正な行為により補助を受け、又は受けようとしたとき。
<input type="checkbox"/>	補助決定の内容又はこれに付した条件に違反したとき。
<input type="checkbox"/>	関係法令に違反したとき。
<input type="checkbox"/>	その他市長が不相当と認めたとき。

取り消し決定	全部	一部
--------	----	----

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市高齢者補聴器購入費補助返還請求書

年 月 日付で申請のあった茨木市高齢者補聴器購入費補助について、次の理由により、補助決定の全部または一部を取り消し、当該取り消しに係る補助金の返還を請求します。

返 還 請 求 額	円
返 還 期 限	年 月 日
返 還 方 法	別途返納通知書による。