

湖西市高齢者補聴器購入費助成事業について

【医療機関のみなさまへ】



○目的

湖西市では、聴力機能の低下により日常生活に支障がある65歳以上の高齢者に補聴器の装用を推進することにより、聴力機能の低下に早期に対応し、社会参加や地域交流の促進を図り、認知症及びフレイルを予防するため、補聴器の購入に要する費用の一部を助成します。

助成を受けるために、耳鼻咽喉科が発行した補聴器の必要性を認める医師の証明をお願いします。

診察、検査の実施 及び 本事業の該当者への医師の証明のご協力をお願いいたします。

○助成対象者(以下のすべての要件を満たす方)

- ① 本市の住民基本台帳に登録され、市内に居住している65歳以上の者
- ② 身体障害者手帳(聴覚障害)の交付対象とならない者
- ③ 両耳の聴力レベルは30デジベル以上70デジベル未満で、耳鼻咽喉科の医師が補聴器の使用を必要と認めた者
- ④ 市民税非課税で滞納がない者(本人のみ)
- ⑤ その他の法令に基づき、補聴器購入費の助成を受けられる者を除く

○助成内容

助成対象経費の2分の1以内の額で、3万円を上限として、1人1回限り助成します。

※ 助成対象は、管理医療機器としての補聴器本体と付属品(※集音器は対象外)

※ 申請前に購入されたものは助成対象外です。

※ 診察料(受診・検査費用)、文書料、送料等は自己負担

※ 故障、修理、メンテナンス等は助成対象外

○対象者の申請から助成までの流れ

① 申請書を手にする

湖西市役所高齢者福祉課又は湖西市老人福祉センターで、申請書を受け取ります。

※湖西市ウェブサイトからも申請書のダウンロードができます。

② 耳鼻咽喉科を受診する

耳鼻咽喉科医師の証明用紙を持参し、耳鼻咽喉科を受診していただきます。

(診察料・検査料・文書料等は自己負担です。)

医師に補聴器の使用が必要と認められたときは、証明欄に記入を受けていただきます。

③ 補聴器販売店で見積書を作成する

補聴器販売店で購入する補聴器を決定し、購入予定の補聴器の見積書を作成していただきます。

④ 高齢者福祉課窓口又は老人福祉センターで申請を行う

<必要なもの>

- ・申請書(※申請書下部の医師の証明欄に記入のあるもの)
- ・見積書(※上記③で作成したもの)

⑤ 市から「補聴器購入費助成券」等が届きます

<市から送付されるもの>

- ・「補聴器購入費助成券」
- ・補聴器購入費助成金支給決定通知書

⑥ 補聴器を購入する

見積書を作成した補聴器販売店へ「補聴器購入費助成券」を提出し、見積書に記載された補聴器を購入していただきます。

※補聴器の価格から助成券に記載の助成額を差し引いた金額は本人負担となります。

○耳鼻咽喉科での聴力検査について

① 患者様が医療機関に来られたら

- ・患者様は、医師証明用紙(湖西市軽度難聴高齢者補聴器購入費助成金申請書)を持参しています。持参していない場合、医療機関の診断書でも代用可能です。
- ・保険診療にて診察をお願いします。

② 聴力検査の実施

- ・聴力検査を実施してください。

③ 補聴器購入費助成の可否判断について

- ・検査の結果、中等度難聴(30dB 以上 70dB 未満)を助成対象とします。
- ・検査の結果、身体障害者手帳の交付対象となる方には、地域福祉課(053-576-4532)へ相談するようご案内ください。

④ 医師証明欄への記入等について

- ・助成対象と判断された場合、医師証明欄への記入をお願いします。
- ・記入いただいたものは、患者様へお渡しく下さい。

⑤ 医師証明欄への記入にかかる文書料について

- ・文書料として、医療機関から患者様にご請求ください。
- ・受診料や検査料、文書料等は自己負担となります。市からの助成はありません。
- ・診察及び検査の結果、助成対象とならない場合(補聴器が不要な場合)は、患者様へ口頭で結果をお伝えいただき、医師証明欄への記入(文書料の請求)はしないようにお願いします。

○補聴器の購入店舗について

補聴器は、市と協定を締結した店舗で購入していただけます。(市ウェブサイト参照)

【お問い合わせ】

湖西市役所 高齢者福祉課 / 湖西市老人福祉センター

TEL :053-576-1212 / TEL :053-594-5554

様式第 1 号 (第 4 条関係)

湖西市軽度難聴高齢者補聴器購入費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

補聴器購入費助成の支給を受けたいので、湖西市軽度難聴高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、助成条件の確認のために、私の住民情報・課税情報・市税等の滞納情報・障害情報を市が確認することに同意します。

| | | | |
|----|--|------|---------------|
| 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | 電話番号 | |

※身体障害者手帳交付の対象（聴覚障害）となる方は、この要綱に基づく助成の対象にはなりません。

| | |
|---------------------------|--|
| 耳鼻咽喉科医師の証明 (診断書の添付でも可) | 氏名 _____ |
| | 上記の者は、両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 70 デシベル未満であり、日常生活に支障をきたすため、補聴器の使用を必要と認める。 年 月 日 |
| | 医療機関 所在地 |
| | 名称 |
| | 医師氏名 (署名) 印 (署名の場合は押印不要) |
| | 電話番号 |

添付書類 購入を予定している補聴器の見積書