

昭島市 高齢者補聴器購入費助成事業のご案内

加齢により聴力機能が低下し、日常生活に不便を感じている高齢者に対し、補聴器の購入に要する費用の一部を助成します。



1 対象となる方（以下の要件をすべて満たす方）

- ☐ 昭島市内に住所を有する満65歳以上の方
- ☐ 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方
- ☐ 前年の合計所得金額が210万円未満の方
 - ・1月から5月までに申請する場合は、前々年の合計所得金額が対象となります。
 - ・合計所得金額は、介護保険料納入通知書、住民税課税証明書又は住民税非課税証明書等でご確認ください。
- ☐ 耳鼻咽喉科の医師から補聴器の必要性を認められ、医師の意見書等を提出できる方（意見書の用紙は申請後に配付します）
 - ・オーディオグラム検査の結果、両耳が40デシベル以上と診断された方又は左右いずれかの耳が40デシベル未満で医師が補聴器の必要性を認めた方が対象となります。
 - ・医師より高度難聴以上と診断された方は、障害福祉課障害福祉係（042-544-5111 内線2132から2135）までご相談ください。
- ☐ 過去5年以内にこの助成制度を利用していない方

2 助成額

- ☐ 補聴器本体の購入費用に対して1人あたり2分の1の額（上限4万円）
 - ・助成対象は、左右いずれかの耳又は両耳に装用する補聴器1台の本体費用です。
 - ・管理医療機器として認定された補聴器を購入した場合に限ります。
 - ・集音器の購入費及び診察料、検査料、証明書料、送料その他購入のために要した費用は対象外となります。
 - ・助成金の振込確定日から5年を経過していれば再度申請できます。

3 注意事項

- ☐ 市の助成決定前に補聴器を購入された場合は助成の対象となりません。
- ☐ 医療機関での診断結果によっては助成の対象とならない場合があります。
- ☐ 領収書を紛失した場合は助成が受けられなくなりますので、大切に保管してください。

4 助成の流れ

申請

- ・申請書に記入の上、介護福祉課高齢者支援係へ提出してください。
- ・申請内容等を確認後、市から対象者に医師意見書（証明書）用紙を配付します。

受診

- ・医師意見書（証明書）用紙と保険証を持って、耳鼻咽喉科を受診してください。
- ・検査の結果、医師より補聴器が必要と認められた場合は、医師意見書（証明書）用紙に記入を受けてください（証明書にオーディオグラム検査結果（コピー可）を貼り付けてください）。

決定

- ・医師が記入した医師意見書（証明書）を、3か月以内に介護福祉課高齢者支援係へ提出してください。
- ・内容を確認後、市より決定通知書と助成金交付申請書兼請求書をお送りします。

購入

- ・決定通知書到着後、補聴器（管理医療機器に限り）を購入し、購入店舗から領収書をもらってください（領収書の宛名は申請者本人としてください）。
- ・助成金交付申請書兼請求書に領収書を添付し、介護福祉課高齢者支援係へ提出してください。

助成

- ・助成金（上限額4万円。4万円未満の場合は100円未満切り捨て）をご指定の口座に振り込みます。

○申請書記入例

第1号様式（第4条関係）

昭島市高齢者補聴器購入費助成申請書

●●年 ●●月 ●●日

（宛先）昭島市長

昭島市高齢者補聴器購入費助成金の助成を受けたく、次のとおり申請します。
また、申請に必要な要件の確認について、市が次の内容を公簿等により確認することに同意します。

- ・前年（申請日の属する月が1月から5月までである場合には前々年）の合計所得金額（課税の基準日において昭島市に住所を有していた方）
- ・聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況や補聴器（補装具購入費）の支給の有無

申請者 （補聴器を使用する方）	フリガナ	アキマ タロウ
	氏名	昭島 太郎
	住所	昭島市田中町1-17-1
	電話番号	042-544-5111
	生年月日	●●年 ●●月 ●●日（満 ●●歳）
対象要件	☒ 前年の合計所得金額（申請日の属する月が1月から5月までである場合には前々年の合計所得金額）が210万円未満である ☒ 身体障害者手帳（聴覚障害）を取得していない ☒ この助成金の交付を過去5年以内に受けていない	

※申請者と記入者が同一の場合、下記の欄は記載不要です。

記入者	氏名	昭島 花子
	申請者との関係	妻
	住所	同上
	電話番号	同上

添付書類

☐ 医師意見書（証明書）（オーディオグラムを含む） ※要件確認後に配付します
☐ 住民税（非）課税証明書 ※課税の基準日において昭島市に住所を有しない方のみ
☐ その他（ ）

市処理欄 ※以下は記入しないでください

年齢	所得	5年	送付先	申請	意見書	決定	請求	確定	支出	完了
				受	第 / 受 /	/ 号	受 /	/ 号		
				□申請者						
				□記入者						

・申請年月日をご記入ください。

・補聴器を使用する方の氏名、住所、電話番号、生年月日をご記入ください。

・対象要件にすべてあてはまることをご確認の上、チェックを入れてください。

・合計所得金額が不明の場合は介護保険料納入通知書や住民税課税（非課税）証明書等でご確認ください。

・補聴器を使用する方は別の方が記入する場合は、こちらに氏名、申請者との関係、住所、電話番号をご記入ください。

・申請者の方が書類を受け取るのが難しい場合は、記入者の方宛にお送りすることも可能です。

・医師意見書（証明書）は市で対象要件を確認した後に配付します。

・住民税課税（非課税）証明書は、本年1月1日時点（1～5月に申請する場合は前年の1月1日時点）で昭島市に住所を有していなかった方のみ添付してください。

(1) 申請

次の書類を高齢者支援係へ提出してください。

☐ 申請書

- ・記載例は2ページをご覧ください。

☐ 前年の所得金額が確認できる書類（住民税課税（非課税）証明書、介護保険料納入通知書など）

- ・その年の1月1日時点（1月～5月に申請する場合は前年の1月1日時点）で昭島市に住民票がある方は不要です。

(2) 受診

申請後に配付された医師意見書（証明書）用紙の本人記入欄に記入し、保険証とともに持参の上、耳鼻咽喉科を受診してください。

- ・市内の受診可能な医療機関（参考）は4ページをご覧ください。
- ・受診に係る費用と医師意見書（証明書）の作成に係る費用は自己負担となります。なお、助成が受けられなかった場合にも費用の返還は受けられませんのであらかじめご了承ください。

検査の結果、医師より補聴器が必要と認められた場合にのみ、医師意見書（証明書）用紙に記入を受けてください。また、用紙の裏面にオーディオグラム検査結果（コピー可）を貼り付けてください。

(3) 決定

医師より記入を受けた医師意見書（証明書）用紙にオーディオグラム検査結果（コピー可）を添えて3か月以内に市に提出してください。市にて内容を確認後、助成決定通知書と助成金交付申請書兼請求書をお送りします。

(4) 購入及び助成

助成決定通知書到着後、補聴器を購入し、購入店舗から領収書をもらってください（領収書の宛名は申請者本人としてください）。

- ・助成対象となる補聴器は、管理医療機器として認定されたものに限りします。
- ・購入にあたっては、認定補聴器技能者などの専門知識や技術を持った者が在籍する店舗でご購入ください。詳しくは医療機関に相談いただくか、4ページに記載の公益財団法人テクノエイド協会が認定する「認定補聴器専門店」をご活用ください。

助成金の請求について、購入した後なるべくお早めに次の書類を高齢者支援係へ提出してください。市にて内容を確認後、指定された口座に振り込みます。

- ☐ 助成金交付申請書兼請求書（助成決定通知書とともに送られたもの）
- ☐ 購入した補聴器の領収書
- ☐ 振込先の口座情報が確認できるもの（通帳やキャッシュカードの写し等）

5 補聴器の購入にあたっての注意

- 補聴器は、必ず管理用医療機器として認定された製品を購入してください。
- 交付決定前の購入や、管理医療機器として認定されていない製品（集音器など）は助成の対象となりません。
- 購入にあたっては、認定補聴器技能者などの専門知識や技術を持った者による調整（フィッティング）や、購入後のアフターケア、定期点検が大事です。受診する耳鼻咽喉科に相談の上、認定補聴器技能者が在籍する店舗でご購入ください。

6 （参考）認定補聴器専門店での購入について

認定補聴器技能者が常勤しているなど一定の運営基準を満たす場合に、公益財団法人テクノエイド協会が認定する「認定補聴器専門店」があります。



昭島市近隣の認定補聴器専門店については、同協会のホームページを参照してください。

（公財）テクノエイド協会 認定補聴器専門店一覧（東京都）

7 （参考）市内の受診可能な医療機関

本事業の助成にかかる受診は、昭島市内であれば以下の医療機関で可能です。

受診費用と医師意見書（証明書）等の作成料は自己負担となります。詳細は各医療機関にお問い合わせください。

医療機関名	所在地	電話番号
わたなべ耳鼻咽喉科医院	昭和町 4-4-1	042-543-8288
昭島駅前耳鼻咽喉科	田中町 562-8 昭島昭和第一ビル北館 1 階 A 室	042-519-4387
中神北口耳鼻咽喉科	中神町 1174-36	042-544-8723
昭島病院	中神町 1260	042-546-3111
昭島みみ・はな・のどクリニック	福島町 1-11-15	042-519-5725
昭島クリニック	松原町 2-9-1	042-546-3387



【問い合わせ先】

昭島市保健福祉部介護福祉課 高齢者支援係
電話 042-544-5111(内線2157~2159)