

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業実施要綱

(目的)

第1条 本事業は、聴力低下により日常生活を営むのに支障がある在宅の高齢者に対し、補聴器の購入費用を助成することで、聴力低下により閉じこもりにならないよう外出及び地域交流を支援し、もって高齢者の介護予防と福祉の増進に資することを目的とし、試行として補聴器活用調査に協力する高齢者を募集する。

(定義)

第2条 この要綱において「補聴器」とは、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第2条第4項に規定する医療機器であり、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令(昭和36年政令第11号)別表第1機械器具の項第73号に該当するものをいう。

2 この要綱において「基準年度」とは本事業の申請を行う年度をいう。

3 この要綱において「基準日」とは、基準年度の3月31日をいう。

4 この要綱において「審査日」とは、第9条における審査を行う日をいう。

5 この要綱において「補聴器の販売業者(以下「補聴器業者」という。)」とは、認定補聴器技能者を配置した旭川市に店舗を有する事業者とする。

(対象者)

第3条 本事業の対象者は次の各号のいずれにも該当する者とする。

(1) 審査日において、旭川市に住所があり、かつ住民基本台帳に記録され、自宅に居住していること。

(2) 基準日において、満65歳に達していること。

(3) 両耳とも聴力レベルが40デシベル以上であって、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により、聴覚障害に係る身体障害者手帳の交付を受けていないこと、かつ交付の対象とならないこと。

(4) 補聴器の必要性を認める医師の意見書を得ることができること。

(5) 旭川市が実施する補聴器装用の効果検証に協力することができること。

(助成の制限)

第4条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当するときは、助成しない。

(1) 申請者が過去に本事業の助成を受けているとき。

(2) 申請者が補聴器装用の効果検証に係る調査の協力に同意しないとき。

(3) 申請者が助成の決定を受ける前に、助成対象となる補聴器を購入したとき。

(4) 申請者が助成の決定を受ける前に、死亡又は転出をしたとき。

(助成対象経費)

第5条 助成金の対象となる経費(以下「助成対象経費」という。)は、医師が補聴器の使用の必要性を認める耳に装用する補聴器の購入(両耳・片耳問わず1人につき1回)に要する経費とする。

2 助成対象経費には、補聴器付属品の購入費、補聴器の修理費用及びメンテナンス料、検査料、診察料、文書料その他市長が助成対象経費に適さないと認める経費を含まない。

(助成の額)

第6条 助成の額は、補聴器の購入費用の額と50,000円とのいずれか低い方の金額とする。

(自己負担額)

第7条 申請者は、補聴器等の購入に係る費用から、前条に規定する給付額を控除した額(以下「自己負担額」という。)を補聴器業者に対し支払うものとする。

(参加申込)

第8条 本事業に参加を希望する者は、基準年度の市が指定した日までに参加申込書(様式第1号)

を市長に提出しなければならない。なお、参加者の上限人数は100人とする。

(参加者の審査及び決定)

第9条 市長は、前条の規定による提出があったときは、速やかに第3条各号に関する審査を行い、参加者を決定するものとする。

2 前項における審査の結果、参加者が100件を超えたときは、抽選により決定するものとする。

3 市長は、前各項における決定をしたときは、参加決定通知書(様式第2号)により、その旨を参加申込者に通知するものとする。

4 市長は、第1項の規定により要件に該当しない場合、又は第2項の規定により抽選によって選ばれなかった者に対して、参加決定通知書(様式第2号)により、その旨を参加申込者に通知するものとする。

5 本事業に参加を希望する者が、前条の参加申込をした後に申込を取り下げるときは、参加申込取下げ書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(助成金の申請)

第10条 参加者で、助成金の交付を受けようとする者は、基準年度の12月29日(市の休業日にあたる場合は、翌営業日)(以下「申請期限」という。)までに、助成申請書(様式第4号)に、次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

(1) 医師意見書(第5号様式)

(2) 医師が聴力レベルを検査したオーディオグラム(聴力検査結果)

(3) 補聴器業者が発行した補聴器購入見積書(以下「見積書」という。)

(4) その他、市長が必要と認めた書類

(交付の決定)

第11条 市長は、助成申請書の提出があったときは、その内容を審査のうえ、助成金の交付の可否を決定し、助成決定通知書(様式第6号)により申請者に通知するものとする。

(購入手続)

第12条 交付決定者は、交付決定の日から2か月以内(以下「購入期限」という。)に、見積書を発行した補聴器業者から、補聴器の購入を行うものとする。

(代理受領)

第13条 前条に規定する助成金の請求及び支払は、代理受領の方式によるものとする。ただし、市長が認める場合はこの限りでない。

2 代理受領は、助成決定者が補聴器業者に委任して行うものとする。

3 助成決定者は、補聴器業者にあらかじめ購入実績報告・請求書兼委任状(様式第7号。以下「委任状」という。)を引き渡すとともに、第7条に規定する自己負担額が生じる場合には、その金額を支払うものとする。

4 助成金の受領委任を受けた補聴器業者は、委任状に領収証の写し及び購入した補聴器の内容が分かる資料を添えて、市長に助成金を請求するものとする。

5 前項の請求は、基準日までに行わなければならない。

6 市長は、前項による請求があったときは、内容を審査のうえ、第6条に規定する給付額を請求のあった日から30日以内に支払うものとする。

(申請の取下げ)

第14条 第10条の申請をした後に、申請を取り下げるときは、助成申請取下げ書(第8号様式)を市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、第10条に規定する申請期限又は第12条に規定する購入期限内にそれぞれ必要な手続を行わなかった場合においては、申請を取り下げたとみなす。

(決定の取消し)

第15条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消し、すでに助成した額の全部又は一部を返還させることができるものとする。

- (1) 虚偽又は不正の行為により補聴器購入費の助成を受けたとき。
 - (2) 補聴器購入費の助成が不適切と市長が認めるとき。
- 2 市長は、前項における取消しをしたときは、助成決定取消通知書（様式第9号）により、その旨を助成決定者に通知するものとする。
- （委任）

第16条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年5月23日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

参加申込書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業について、下記のとおり参加を希望します。
また、私は、本事業への参加に先立ち、次の事項に同意します。

- ・旭川市が、申請資格要件の確認のため、住民基本台帳上の情報、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を確認すること。
- ・旭川市が、補聴器の購入に係る情報を補聴器販売事業者等に確認すること。
- ・補聴器購入に伴う生活状況の変化等についてのアンケート調査に回答すること。

(補聴器利用希望者) 参加申込者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 旭川市
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日

※受付期間は令和__年__月__日～令和__年__月__日（必着）です

※参加申込者が__人を超えた場合は抽選となります。

※参加申込書の提出後は、__月__頃に市から結果通知が届きますので、しばらくお待ちください。

【旭川市記入欄】

受付番号	住民基本台帳	身体障害者手帳	資格要件	抽選番号

受付印

--

(様式第2号)

旭長社第 号
令和 年 月 日

様

旭川市長 今津寛介
(福祉保険部長寿社会課担当)

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業 参加決定通知書

令和 年 月 日付けで申込みのありました旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業への参加について、旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり決定しましたので通知します。

1 決定内容

- (1) モデル事業への参加を承認します
- (2) モデル事業への参加を承認しません

2 承認しない理由

(問い合わせ先)

旭川市福祉保険部長寿社会課地域支援係
担当

電話 (0166) 25-5273

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

参加申込取下げ書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業への参加申込について取り下げます。

参加 申込 取下 げ者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 旭川市
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日

【旭川市記入欄】

受付番号	備考

受付印

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業 助成申請書

次のとおり、旭川市介護予防高齢者聞こえ支援助成金の交付を申請します。

(補聴器利用者希望者) 助成申請者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 旭川市
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日

提出書類 ※すべて提出してください

<input type="checkbox"/> 助成申請書	記入済みのもの
<input type="checkbox"/> 医師意見書	耳鼻咽喉科の医師が記入済みのもの
<input type="checkbox"/> オーディオグラム (聴力検査結果)	耳鼻咽喉科で行った聴力レベルの検査結果
<input type="checkbox"/> 補聴器の見積書 (写し)	購入を希望する販売店で作成してもらったもの (宛名が本人宛てのもの)
<input type="checkbox"/> 購入前アンケート	記入済みのもの

※市の助成決定通知前に補聴器を購入した場合は、助成対象外となります。

【旭川市記入欄】

抽選番号	医師意見書	オーディオグラム	見積書	アンケート

受付印

(様式第5号)

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

医師意見書

↓太枠内は市で印字して、対象者に送付します。

対象者 氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所	旭川市		

<医師の意見>

上記の者は、別添のオーディオグラムのとおり、両耳とも聴力レベルが40デシベル以上であり、かつ聴覚障害による身体障害者手帳の交付対象とはなりません。聴力低下のため、補聴器の使用が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関 所在地
医療機関名
医師名

※この医師意見書は、記入後に対象者へお渡しください。

※対象者にオーディオグラム（聴力検査結果）を交付してください。

(様式第6号)

旭長社第 号
令和 年 月 日

様

旭川市長 今津寛介
(福祉保険部長寿社会課担当)

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業 助成決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました旭川市介護予防高齢者聞こえ支援助成金について、旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業実施要綱第11条の規定に基づき、次のとおり決定しましたので通知します。

1 決定内容

助成します

助成額：

円

却下します

2 却下の理由

<注意事項>

偽りその他不正な手段により助成金を受けたときは、助成金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

(問い合わせ先)

旭川市福祉保険部長寿社会課地域支援係
担当

電話 (0166) 25-5273

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

購入実績報告・請求書兼委任状

年 月 日

(宛先) 旭川市長

請求者(委任者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

令和 年 月 日付け旭長社第 号で助成決定を受け、次のとおり補聴器を購入し、引き渡しを受けましたので報告します。あわせて、聞こえ支援助成金を請求します。

購入年月日	年 月 日
補聴器購入価格(助成を受ける前)	円
申請者負担額	円
聞こえ支援助成 請求額	円

※添付書類 ①領収証の写し ②購入した補聴器の明細がわかるもの

(宛先) 旭川市会計管理者

受領の権限の一切を下記の事業者委任します。

受任者 住所 _____

(事業者)

名称 _____

代表者氏名 _____

【振込先】

振込口座	金融機関名	() 銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農協 本店 ・ () 支店
	口座種別	1 普通 2 当座
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

助成申請取下げ書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援助成申請について取り下げます。

助成申請取下げ者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 旭川市
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日

【旭川市記入欄】

抽選番号	備考

受付印

--

(様式第9号)

旭長社第 号
令和 年 月 日

様

旭川市長 今 津 寛 介
(福祉保険部長寿社会課担当)

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業 助成決定取消通知書

令和 年 月 日付けで通知しました旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業に係る助成について、旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業実施要綱第 条第 項の規定に基づき、次のとおり取り消すので通知します。

1 取消内容

助成額 :

円

2 取消の理由

(問い合わせ先)

旭川市福祉保険部長寿社会課地域支援係
担当

電話 (0166) 25-5273