

(別紙3)

川崎市難聴児用補聴器等給付事業実施要領

この要領は、川崎市障害児（者）日常生活用具給付等実施要綱に基づく、難聴児用補聴器等の給付に関する実施細目を定めるものとする。

(目的)

第1条 この要領は、身体障害者手帳の程度に該当しない聴力程度にある児童（以下「難聴児」という。）が補聴器や、補聴援助システム（以下、総称する場合は「補聴器等」という。）を装用することによって、難聴児の教育及び言語獲得上の促進が図れることを目的に給付を行う。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、川崎市とする。

(給付対象者)

第3条 本事業のうち、補聴器の対象者は、市内に居住し、原則として地域療育センターにて訓練等を受けている18歳までの難聴児で、教育的及び言語獲得において地域療育センターの評価により補聴器の装用が必要と認められるもの。

2 本事業のうち、補聴援助システムの対象者は、市内に居住し、原則として地域療育センターにて訓練等を受けている難聴児で、次のすべてを満たすと認められるもの。

- (1) 本事業を申請する年度内に満5歳以上に達すること。
- (2) 未就学児の場合は、補聴器の常時装用が1年以上経過していることが地域療育センター等の言語聴覚士によって確認できていること。また、学齢児以上の場合には、補聴器の常時装用が半年以上経過していることが地域療育センター等の言語聴覚士によって確認できていること。
- (3) 補聴援助システムの試聴を経ており、その効果、有用性が地域療育センター等の言語聴覚士によって確認できていること。
- (4) 本事業以外の方法によって、補聴援助システムをすでに所有又は常時貸し出されている事実がないこと。

(給付対象機種)

第4条 本事業の給付の対象となる補聴器等は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 高度難聴用耳掛け型補聴器
- (2) 高度難聴用ポケット型補聴器
- (3) 重度難聴用耳掛け型補聴器
- (4) 重度難聴用ポケット型補聴器
- (5) 耳あな型補聴器
- (6) 骨導式ポケット型補聴器
- (7) 骨導式眼鏡型補聴器
- (8) 補聴援助システム

(給付額)

第5条 補聴器の給付額は、1機種 50,000円を限度額とし、地域療育センターにて両側の装用効果が認められる場合は、両耳に給付するとして100,000円を限度額とする。

2 補聴援助システムの給付額は、受信機が片耳1台 80,000円、ワイヤレスマイクが1台 98,000円、オーディオシューが片耳1台 5,000円を限度額とする。

3 費用の負担については、川崎市障害児(者)日常生活用具給付等実施要綱第8条を準用するものとする。

(申請手続き)

第6条 本事業の対象となる難聴児は、次の各号に掲げるものを川崎市長に提出するものとする。

- (1) 日常生活用具(補聴器等給付事業)申請書(別紙様式1)
- (2) 日常生活用具(補聴器)給付評価書(別紙様式2)(補聴器の申請をする場合)
- (3) 日常生活用具(補聴援助システム)給付評価書(別紙様式3)(補聴援助システムの申請をする場合)
- (4) 世帯の所得状況が確認できるもの
- (5) 見積書

(給付の決定)

第7条 川崎市長は、申請に基づき内容を審査のうえ、給付を決定したものについては、「日常生活用具(補聴器等)給付決定通知書」(別紙様式4)を申請者に、「日常生活用具(補聴器等)給付券」(別紙様式5)を業者に交付する。

2 審査の結果、給付をしないことと決定したものについては、「日常生活用具(補聴器等)却下通知書」(別紙様式6)を申請者に交付するものとする。

(給付額の支給)

第8条 前条第1項により給付の決定を受けたものは、補聴器等を購入しようとする業者に給付券を提出するとともに、補聴器等の購入による費用から給付券に記載された自己負担額を業者に支払うこととする。

2 業者は、給付券により、申請者の自己負担額を減じた額を川崎市長に請求するものとする。

附則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年7月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年5月1日から施行する。

附則

(施行期日)

1 この要領は、令和4年6月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、この要領の相当規定によりなされたものとみなす。

日常生活用具(補聴器等給付事業)申請書

年 月 日

川 崎 市 長

申請者氏名 _____

住 所 _____ 区 _____

電 話 _____ (_____) _____

対象者との続柄 (_____)

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|-----------|-----|-----|-------|----|-----|--------|--|
| 対 象 者 | 氏 名 | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (歳) | |
| | 住 所 | 区 | | | | 電話 | () | | |
| | 世 帯 状 況 | 扶 養 義 務 者 | 有 無 | 氏 名 | 続柄() | | | 続柄() | |
| | | | | | 続柄() | | | 続柄() | |
| 申 請 具 | <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 補聴援助システム ※ 補聴援助システムの場合のみ、以下確認の上、チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 給付対象児童について、本事業以外の方法によって、 補聴援助システムをすでに所有又は常時貸し出されている 事実はありません。 | | | | | | | | |
| 申 請 理 由 | | | | | | | | | |

* 申請の際には、評価書、見積書と所得状況等の確認できるものを添付してください。
所得状況のわかる書類: 1月～6月までの申請では前々年分。7月～12月までの申請は、前年分。

川崎市在宅障害児・者日常生活用具（補聴援助システム）

給付評価書

年 月 日

_____ 区長 様

評 価 者

地域療育センター・医療機関名（所属名）

言語聴覚士・氏名

_____ 印

日常生活用具の給付について次のとおり評価します。

| | | | |
|------------------|--|--------------|-----------------------------------|
| 氏 名 | | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) ※ 年度内に5歳以上に達することが必要 |
| 住 所 | 川崎市 区 | | |
| 用具名 | | | |
| 評 価 所 見 | ① 補聴器の装用状況（以下のいずれかにチェックして、装用開始月を記入） | | |
| | <input type="checkbox"/> 未就学児の場合 補聴器の常時装用が1年以上経過していることを確認 (装用開始月 年 月) | | |
| | <input type="checkbox"/> 学齢児の場合 補聴器の常時装用が半年以上経過していることを確認 (装用開始月 年 月) | | |
| | ② 補聴援助システムの試聴状況（以下にチェック） | | |
| | <input type="checkbox"/> 用具の効果、有用性が確認できる適切な試聴期間を経ていることを確認 | | |
| | ③ 補聴援助システムの効果、有用性についての所見 (教育的及び言語獲得上の理由を中心に記載) | | |

※難聴児用補聴器の場合は、オーディオグラム等の聴力検査資料を添付してください。

様

川 崎 市 長

日常生活用具（補聴器等）給付決定通知書

さきに申請のありました日常生活用具（補聴器等）の給付につきましては、次のとおり決定いたしましたので、通知します。

| | | | |
|----------------|--|-------|-------|
| 給付券番号 | 第 号 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| 対象者氏名 | | 保護者氏名 | |
| 対象者住所 | | | |
| 給付する用具名 | 価 格 | 円 | |
| | 給付を受ける者又は扶養する者が支払う額 | 円 | |
| | 公費負担額 | 円 | |
| 納入業者名 住所・電話 | | | |
| 注 意 事 項 | <ol style="list-style-type: none">1 用具は、対象者又はこれを扶養する者が、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものですから、支払額については、必ず用具を受ける前にお支払いください。2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付け又は担保に供したりすることは、固く禁じられています。3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還していただくことがあります。 | | |

様

日常生活用具（補聴器等）給付券

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------|
| 給付券番号 | 第 号 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| 対象者氏名 | | 保護者氏名 | |
| 対象者住所 | | | |
| 給付する用具名 | | 価 格 | 円 |
| | | 自己負担額 | 円 |
| | | 公費負担額 | 円 |
| 納入業者名 住所・電話 | | | |
| 有効期限 | 受給者が業者に提示する期限 | 年 月 日 | |
| | 業者の公費支払請求期限 | 年 月 日 | |
| 上記のとおり決定します。 年 月 日 川崎市長 ○○ ○○ | | | |
| 業者の納付した日 | 年 月 日 | 給付を受けた者・扶養義務者から受領した額 | 円 |
| 受領業者名及び受領日（給付を受けた者等から受領した額がある場合のみ署名又は記入・押印） | 住 所 業 者 名 代表者名 | 年 月 日 受領 | 印 |
| 用具受領者氏名 （署名又は記入・押印） | 印 | 検査確認 | 検査年月日 年 月 日 |
| | | | 検査員氏名 印 |

様

川 崎 市 長

日常生活用具（補聴器等）却下通知書

さきに申請のありました日常生活用具（補聴器等）の給付につきましては、次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。

- 1 対象者氏名
- 2 対象者住所
- 3 却下理由