



# 高齢者補聴器購入費助成金のおてびき

長浜市 長寿推進課

☎0749-65-7841

## 目次

---

1	助成金の目的 .....	2
2	助成の対象となる人 .....	2
3	助成額 .....	4
4	助成対象となる補聴器 .....	4
5	助成金の交付手続き .....	4
	(1) 申請について .....	4
	(2) 請求について .....	4
	(3) 手続きの流れ .....	5
6	記入例 .....	6
	(1) 申請書【様式第1号】 .....	6
	(2) 医師意見書【様式第2号】 .....	7
	(3) 交付請求書【様式第5号】 .....	8

# 1 助成金の目的


---

長浜市では、中等度難聴により日常生活に支障がある高齢者に対し、補聴器の購入に要する費用の一部を助成します。

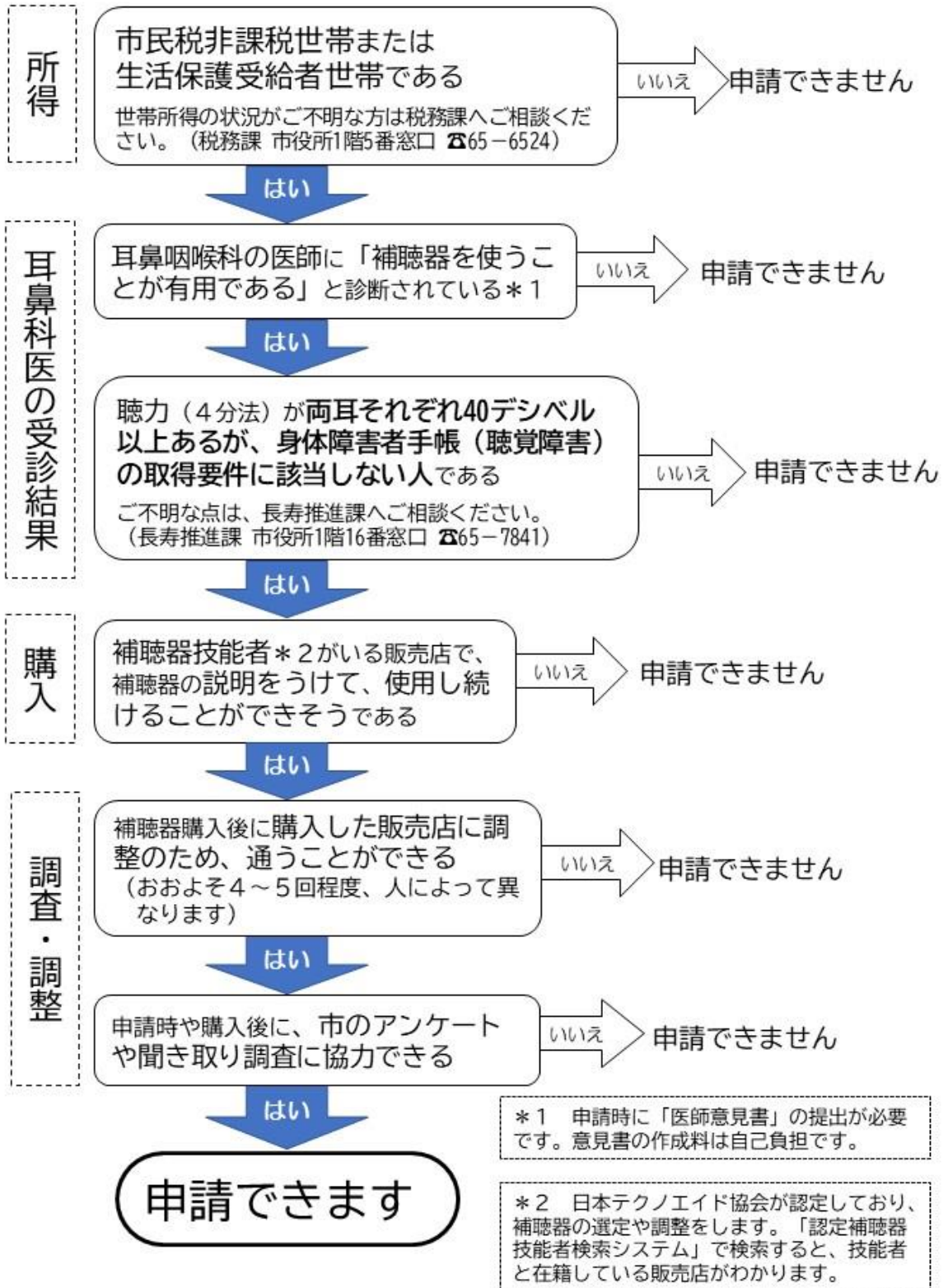
## 2 助成の対象となる人

---

助成の対象は、申請時に次の全てに該当する人です。

- (1) 市内に住む 65 歳以上の人
- (2) 住民税非課税世帯又は生活保護世帯の人
- (3) 4 分法で両耳の聴力レベルがそれぞれ 40 デシベル以上かつ身体障害者手帳（聴覚障害）の取得要件に該当しない人
- (4) 耳鼻咽喉科医師に、補聴器の装用が有用であると診断を受けた人
- (5) 公益社団法人テクノエイド協会が認定する補聴器技能者が在籍する補聴器の販売店で購入し、購入後も使用し続けるため、調整・点検を受けることができる人  
補聴器技能者がいる販売店は「認定補聴器技能者検索システム」で検索するか、QR コードを読み取ってください。  

- (6) 交付決定時及び補聴器使用一定期間経過後にアンケートに回答できる人
- (7) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補聴器の交付を受けることができない人
- (8) これまでに補聴器購入費用の助成を受けていない人

# 助成を受けられる人の要件



## 3 助成額

補聴器の購入に係る費用の2分の1の額で最大4万円（千円未満切り捨て）

## 4 助成対象となる補聴器

補聴器販売店で購入する管理医療機器認定を取得した補聴器本体

※診察料、検査料、文書料等の受診費用及び補聴器の修理、保守、電池交換並びに付属品のみの購入等に係る費用は対象外です。

※助成対象者1人につき片耳・両耳を問わず1回限りです。

## 5 助成金の交付手続き

- 購入前に申請が必要です。
- いったん購入費を全額支払う必要があります。
- 申請前に必ず長寿推進課へご相談ください。
- 申請書を署名（本人が手書き）される場合は、請求書も署名（本人が手書き）してください。申請書を記名（代筆や印刷されたもの等）、押印される場合は、請求書も記名、押印（申請書と同一の印に限る）してください。
- 予算の上限に達し次第終了します。

### （1）申請について

《申請書類》

- ①高齢者補聴器購入費助成金申請書【様式第1号】
- ②補聴器の見積書（宛名が対象者のもの）
- ③世帯の住民税課税状況が確認できる書類 ※長浜市で確認できない場合のみ
- ④高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書【様式第2号】  
※オーディオグラム検査結果表を医師意見書に添付してください。

### （2）請求について

《請求書類》

- ①高齢者補聴器購入費助成金交付請求書【様式第5号】
- ②領収書のコピー…宛名が対象者のもの
- ③通帳のコピー…中面のカナ名義が印字されているページ

**注** ※請求書類は購入日から30日以内にご提出ください。  
※令和8年3月1日以降にご購入の場合は令和8年3月31日までにご提出ください。

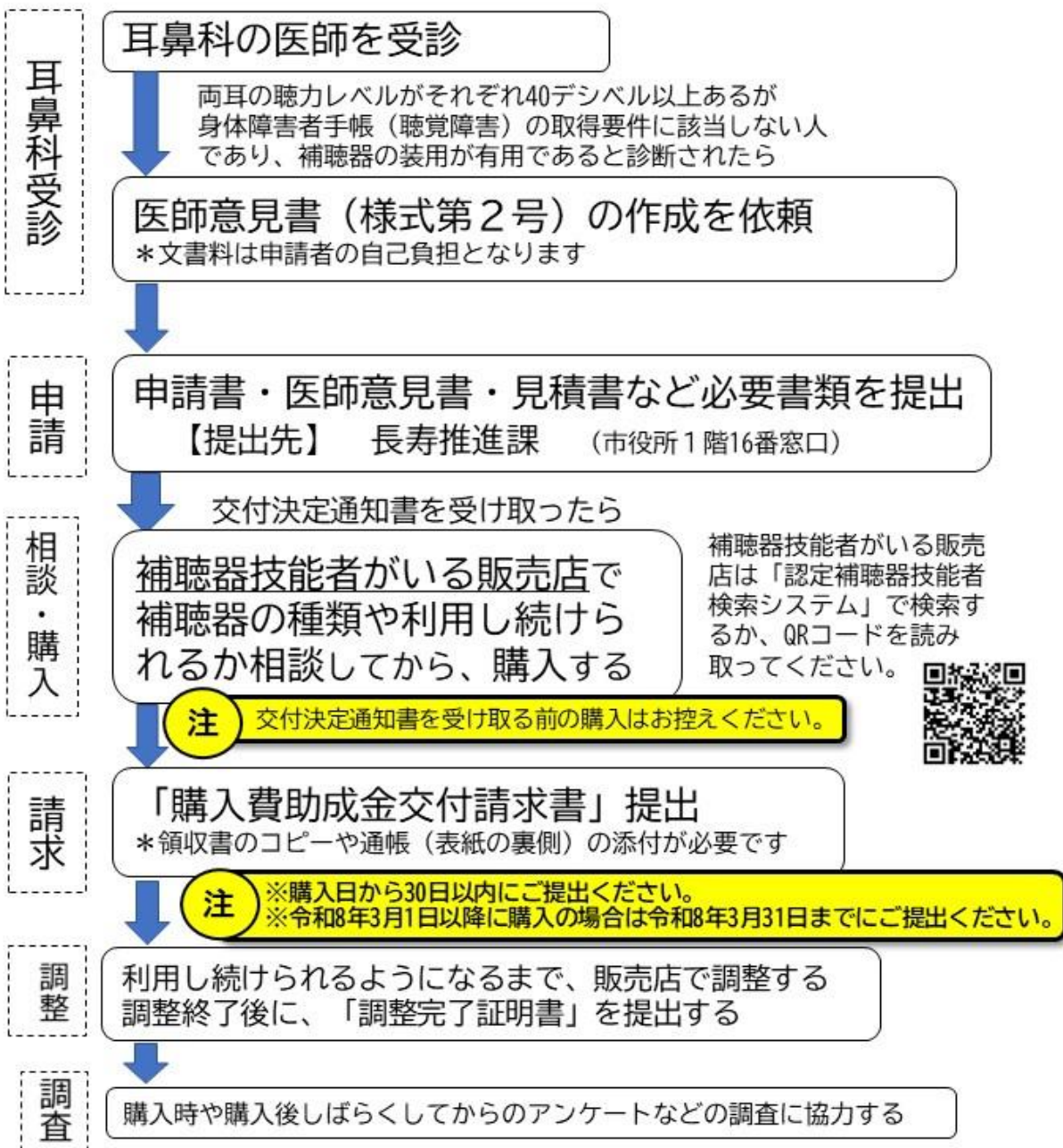
### (3) 手続きの流れ

令和7年度

## 高齢者補聴器購入費用助成 申請の流れ



**購入する前に申請が必要です**  
一旦、購入費を全額支払う必要があります



【申請・問い合わせ】 長浜市長寿推進課 ☎65-7841



# 6 記入例

## (1) 申請書【様式第1号】

様式第1号（第6条関係）

令和0年00月00日

### 長浜市高齢者補聴器購入費助成金申請書

長浜市長 あて

下記のとおり長浜市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

申請に当たり、次のことに同意します。

- 1 助成の対象者となるか否かの確認のために、市が世帯の住民税課税状況、生活保護受給及び身体障害者手帳（聴覚障害）取得状況等を確認（調査）すること。
- 2 補聴器の購入に係る情報を事業者等を確認（調査）すること。
- 3 交付決定後及び補聴器使用一定期間経過後に日常生活活動・コミュニケーションについてのアンケートに協力すること。

#### 【申請者（対象者）】

フリガナ	ナガハマ イチロウ	生年月日	昭和00年00月00日 (00歳)
氏名	長浜 一郎	電話番号	00-0000
住所	〒000-0000 長浜市00町00番地		
対象要件	世帯の住民税課税状況等 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
※確認のため該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	身体障害者手帳（聴覚障害）の取得状況 <input checked="" type="checkbox"/> 取得していない		
	過去に同事業の助成を受けたことがある <input checked="" type="checkbox"/> ない		
添付書類 ※確認のため該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器の見積書（宛名が対象者のもの） <input checked="" type="checkbox"/> 世帯の住民税課税状況が確認できる書類（長浜市で確認できない場合に限る。）		

#### 【申請書提出者】（申請者と同じ場合は記載不要）

申請者と提出者が異なる場合は記入してください

フリガナ		電話番号	
氏名		申請者との関係	
住所	〒		

## (2) 医師意見書【様式第2号】

様式第2号（第6条関係）

長浜市高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

### 【申請者（対象者）】

フリガナ	ナガハマ イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
氏名	長浜 一郎		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 長浜市〇〇町〇〇番地		

<注意>文書料は申請者の自己負担です。

耳鼻咽喉科を標榜する医師に記入してもらってください。

### 【医師意見欄】

上記の者について、次のとおり認めます。

※該当する項目に☑してください。

聴力レベルが4分法で両耳がそれぞれ40デシベル以上かつ身体障害者福祉法別表第2項に該当しない。

※オーディオグラム検査結果（6か月以内のもの）を添付してください。

補聴器の装用が有用である。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

※本意見書は、耳鼻咽喉科を標榜する医師が作成してください。

身体障害者福祉法～抜粋～

別表（第4条、第15条、第16条関係）

2 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

(1) 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの

(2) 一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの

### (3) 交付請求書【様式第5号】

様式第5号（第8条関係）

#### 長浜市高齢者補聴器購入費助成金交付請求書

長浜市長 あて

未記入のまま提出してください。

年 月 日

請求者（対象者）

先に提出した申請書に申請者（対象者）名を署名（本人が手書き）した場合は、本書も請求者（対象者）名を署名（本人が手書き）してください。申請書を記名（代筆や印刷されたもの等）、押印した場合は、本書も記名、押印（申請書と同一の印に限る）してください。

住 所 長浜市〇〇町〇〇番地

氏 名 長浜 一郎

長浜市高齢者補聴器購入費助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

#### 1 請求金額（助成金額）

補聴器の購入に係る費用の2分の1の額で最大4万円（千円未満切り捨て）

金額	万	千	百	十	円
¥	4	0	0	0	0

#### 2 添付書類

領収書のコピー（宛名が対象者のもの）

通帳のコピー（中面のカナ名義が印字されているページ）

#### 3 振込先口座

振込口座	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫	〇〇	本店・所 支店・所 出張所 (該当に○)				
	預金種別		普通	当座	(該当に○)				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	※右詰めで記入
	口座名義	カナ名義	ナガハマ イチロウ						
		氏名	長浜 一郎						