

子どもを対象とした補聴器購入費助成のご案内



千葉市では、身体障害者手帳の交付対象とならない 軽度・中等度の難聴のお子さんを対象とした、補聴器 の購入費用の助成を行っています!

聴力レベル(参考)

dB	障害	聞こえの程度	
0	聴者		
10			
20		ささやき声	
30	軽度難聴		
40	Û	普通の会話 ・ 成	
50	中等度難聴	対象	
60	Ţ		
70	高度難聴	大声	7
70 80	高度難聴		
	高度難聴 重度難聴		_
80			
80 90			
80 90 100		怒鳴り声 が一ド下の 鉄道走行音	

〇助成対象者

次の要件をすべて満たす方

- ・市内に住所を有している18歳未満の方
- 両耳の聴力レベルが、原則、30dB (デシヘル)以上70dB(デシヘル)未満で 身体障害者手帳の交付対象となら ない方
- ・補聴器の装用が必要と医師に判断された方
- ・市民税所得割額46万円以上の方 がいない世帯に属する方
- 〇助成対象補聴器 右表のとおり
- ○助成額(公費負担額) 基準額の範囲内で購入費用の2/3 (基準額超過額は自己負担)
- 〇耐用年数:5年
- ○修理費は助成対象としておりません
- ○意見書料は利用者負担です
- ○購入前の申請が必要です

助成対象品目

補聴器の種類	基準額に含むもの	基準額		
軽度・中等度難聴用ポケット型	①補聴器本体(電池を含む) ②イヤモールド (不要の場合は、基準額から 9,000円を除く)	43,200円		
軽度・中等度難聴用耳かけ型		52,900円		
高度難聴用ポケット型		43,200円		
高度難聴用耳かけ型		52,900円		
重度難聴用ポケット型		64,800円		
重度難聴用耳かけ型		76,300円		
耳あな型(レディメイド)		96,000円		
耳あな型(オーダーメイド)	①補聴器本体(電池を含む)	137,000円		
骨導式ポケット型	①補聴器本体(電池を含む) ②骨導レシーバー ③ヘッドバンド	70,100円		
骨導式眼鏡型	①補聴器本体(電池を含む) ②平面レンズ (不要の場合は、基準額から 1枚につき3,600円を除く)	127,200円		
FM型補聴器を必要とする場合、 基準額に右のものを加算できま す。また、右のもののみを必要と する場合は、単独で助成対象と することができます。	①FM型受信機 ②ワイヤレスマイク(充電池含む ③オーディオシュー	80,000円) 98,000円 5,000円		

※業者が材料仕入時に負担した消費税相当分として、基準額の100分の106 に相当する額を上限とします。

★申請に必要なもの

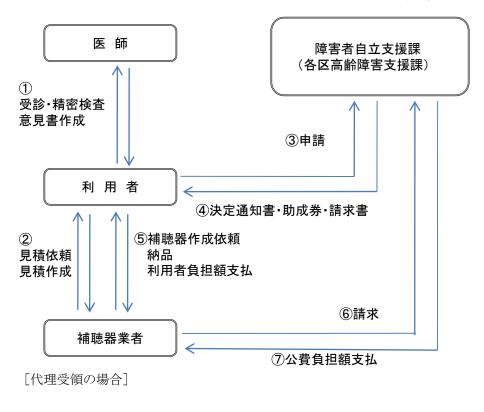
- ア 申請書 イ 医師意見書(裏面記載の医療機関他)
- ウ 見積書 エ 市民税課税証明書(原則不要・裏面参照)
- ※ 申請書・意見書は、市役所本庁の障害者自立支援課及び 各区保健福祉センター高齢障害支援課にあります。 千葉市ホームページからもダウンロードできます。

★申請先・問い合わせ先

千葉市役所障害者自立支援課

〒260-8722 千葉市中央区千葉港2番1号 TEL 043-245-5173 FAX 043-245-5549

く助成のフロー>



1	受診・精密検査	利用者は医師の診察(聴力検査等)を受け、補聴器 装用に関する意見書の交付を受けてください。
2	見積依頼	利用者は補聴器業者に対し、医師の意見書に基づい た見積書の作成を依頼してください。
3	申請	利用者は、市へ下記の書類を提出してください。 【提出書類】 ア 申請書 イ 医師の意見書(※) ウ 見積書 エ 市民税課税証明書 (注) (注)1月1日(申請が1~6月の場合は前年)に 千葉市在住でない方は、当時在住の市町村で 発行を受けてください。
4	支給決定	市は提出された書類を審査し、必要と認めた場合は 利用者に決定通知書、助成券等を送付します。
(5)	納品及び 利用者 負担額支払	利用者は決定通知書、助成券等を受領後、補聴器業 者へ補聴器の作成を依頼してください。 納品後、利用者負担額を業者へ支払うとともに助成 券を渡してください。
6	公費負担額 請 求	補聴器業者は請求書に助成券を添付し、市へ公費負 担額を請求してください。
7	公費負担額 支 払	市は、補聴器業者からの請求に基づき、公費負担額 を補聴器業者へ支払います。

※ 意見書の作成が受けられる医療機関

(市内医療機関)

○千葉大学医学部附属病院

○国立病院機構千葉医療センター

○千葉県こども病院

○千葉市療育センター療育相談所

千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉市中央区椿森4-1-2

千葉市緑区辺田町579-1

千葉市美浜区高浜4-8-3

043(222)7171

043(251)5311

043(292)2111

043 (279) 1141





市外医療機関等については、障害者自立支援課にお問い合わせください。