

川根本町高齢者補聴器購入費助成事業

【医療機関の皆様へ】

聴力機能が低下した高齢者の生活支援や社会参加の促進によって認知症やフレイル状態への予防を図るため、補聴器購入費の一部を助成します。

助成を受けるために、耳鼻咽喉科医師の補聴器を必要と認める証明書が必要となりますので、証明書の発行にご協力をお願いいたします。

対象者（以下のすべての要件を満たす方）

- 1 川根本町内に住所を有する65歳以上の方
- 2 身体障害者手帳（聴覚障害）による交付対象外の方
- 3 両耳の聴力レベルが30db以上70db未満で、耳鼻咽喉科の医師が補聴器使用の必要性を認めた方
- 4 住民税非課税の方で、町税等に滞納のない方
- 5 過去にこの事業での助成を受けていない方

医療機関での聴力検査について

- 1 患者様が医療機関に来られたら
 - ・患者様は、医師証明用紙（川根本町高齢者補聴器購入費助成事業申請書）を持参しています。
 - ・保険診療にて診察をお願いします。
- 2 聴力検査の実施
 - ・聴力検査を実施してください。
- 3 補聴器購入費助成の可否判断について
 - ・検査の結果、軽・中等度難聴（30db以上70db未満）を助成対象とします。
 - ・検査の結果、身体障害者手帳の交付対象となる方には、川根本町役場健康福祉課（0547-56-2224）へ相談するようご案内ください。
- 4 「医師の証明」欄への記入について
 - ・助成の対象と判断された場合、医師証明欄への記入をお願いします。
 - ・記入いただいたものは、患者様へお渡しください。

5 医師証明欄への記入にかかる文書料について

- ・文書料として、患者様にご請求ください。また、受診料や検査料も自己負担となります。町からの助成はありません。
- ・診察及び検査の結果、助成対象とならない場合（補聴器が不要の場合）は、患者様へ口頭で結果をお伝えいただき、医師証明欄への記入（文書料の請求）はしないようにお願いします。

助成内容

助成対象経費（補聴器購入費）の額の

- 2分の1以内の額（100円未満の端数切捨て）
- 上限額5万円

※申請前に購入されたものは助成の対象外です。

※修理やメンテナンス、申請の際の診察料、文書料などは対象外です。

申請受付は、令和7年6月2日（月）から

【問い合わせ先】

川根本町上長尾 627

川根本町役場 高齢者福祉課 長寿介護室 0547(56)2234 / 0547(56)1117

様式第 1 号（第 4 条関係）

高齢者補聴器購入費助成事業申請書

年 月 日

川根本町長 様

川根本町高齢者補聴器購入費助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

補聴器購入費助成金交付審査のため、私の町税等の納付状況、補聴器の購入状況その他の事項について調査・照会・閲覧することに同意します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	川根本町	電話番号	
販売業者	所在地			
	名称	電話番号		
見積額	自己負担額	助成申請額		
円	円	円		

医師の証明	上記の申請者は、両耳の聴力レベルが 30 デシベル以上 70 デシベル未満であり、日常生活において補聴器を使用することが必要であると認めます。			
	医療機関	所在地	年 月 日	印
	名称	医師氏名	(署名又は記名押印すること。)	
	電話番号			

- 「見積額」の欄は見積書に記載された購入する補聴器の商品の代金を、「自己負担額」の欄は見積額から助成申請額を差し引いた額を、「助成申請額」の欄は見積額の 2 分の 1 以内の額（その額に 100 円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額とし、5 万円を限度とした額）を記入してください。
- 「医師の証明」の欄は、耳鼻咽喉科の医師に記入を依頼してください。
- 購入する補聴器に係る見積書を添付してください。

助成の流れ

