

○田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付要綱

平成25年4月1日

告示第25号

改正 平成27年3月13日告示第23—2号

平成27年12月28日告示第97号

(目的)

第1条 この要綱は、身体障害者手帳の交付の対象とならない軽度・中等度の難聴児に補聴器購入費用の一部を田原本町難聴児補聴器購入費助成金（以下「助成金」という。）として助成することにより、難聴児の健全な発達を支援し、もって福祉の増進に資することを目的とする。

(助成対象)

第2条 この事業における補聴器購入費の助成を受けることができる者は、次の各号のいずれにも該当する18歳未満の難聴児（以下「助成対象児」という。）とする。

- (1) 町内に住所を有する者
- (2) 両耳の聴力レベルが30デシベル以上70デシベル未満であって、身体障害者手帳の交付の対象とならない者
- (3) 補聴器を装用することにより、言語の習得等に一定の効果が期待できると医師が判断する者

2 前項に規定する助成対象児が、身体障害者手帳の交付の対象となる可能性があるときは、あらかじめ身体障害者手帳の交付の手続を行うものとする。

(対象除外)

第3条 前条第1項の規定にかかわらず、助成対象児が次の各号のいずれかに該当するときは、助成の対象としない。

- (1) 市町村民税の所得割の課税額が46万円以上の者が世帯に属するとき。
- (2) この要綱の規定による助成を受けたことがある場合であって、当該助成を受けたときから別表に定める耐用年数を経過していないとき。

(対象補聴器)

第4条 助成の対象となる補聴器の名称、1台当たりの価格及び耐用年数は、別表

のとおりとする。

(助成金の算定基礎)

第5条 助成金の算定基礎となる額は、補聴器購入費として町長が必要と認める額及び別表に定める基準額のうちいずれか少ない額とする。

2 この要綱の規定による助成は、一方の耳と比較して装用効果が高いと認められる耳に装用するために購入する補聴器1台について行うものとする。ただし、教育上、生活上等で町長が必要と認めたときは、両耳に装用するために購入する補聴器2台について助成を行うことができるものとする。

(助成金の交付額)

第6条 助成金の交付額は、前条第1項に規定する額の3分の2の額(その額に1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。)とする。

(助成の申請)

第7条 助成金の交付を希望する助成対象児の保護者(以下「申請者」という。)は、助成金の交付を受けようとするときは、田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付申請書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、町長に提出するものとする。

(1) 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(平成17年法律第123号)第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関又は知事が指定した医療機関の医師が、助成対象児の聴力検査を実施し交付した難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(ABR・ASSR検査用)(様式第2-1号)又は難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(オーディオメータ検査用)(様式第2-2号)(以下「意見書」という。)

(2) 前号の意見書に基づき、補聴器販売業者が作成した見積書

(3) その他町長が必要と認める書類

(所得審査等)

第8条 町長は、前条に規定する書類を受理したときは必要な調査等を行い、調査書(様式第3号)を作成するとともに、第3条各号のいずれにも該当しないことを確認するものとする。

(交付決定)

第9条 町長は、前条の規定による審査の結果、助成金の交付又は不交付を決定し、田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付（不交付）決定通知書（様式第4号。以下「交付決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

（交付決定の取消し）

第10条 町長は、助成金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金の交付を取り消すことができるものとする。

- (1) 虚偽又は不正の手段により助成金の交付を受けたとき。
- (2) 補聴器を助成の目的に反して使用し、譲渡し、貸与し、又は担保に供したとき。
- (3) その他補聴器の助成が不相当と町長が認めるとき。

（助成金及び補聴器の返還）

第11条 町長は、前条の規定により助成を受けた者に対し、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（補聴器の購入）

第12条 交付決定者（第9条の規定による助成金の交付決定を受けた申請者をいう。以下同じ。）は、助成金の交付決定後、速やかに、補聴器販売業者から補聴器を購入するものとする。

（助成金の請求及び交付）

第13条 前条の規定により補聴器を購入した交付決定者は、助成金の交付を受けようとするときは領収書を添えて、田原本町難聴児補聴器購入費助成請求書（様式第5号）を町長に提出するものとする。

2 町長は、前項に規定する書類を受理したときは、内容を審査の上、適当と認められるときは助成金を交付するものとする。

（代理受領）

第14条 町長は、交付決定者の利便性を考慮し、前条の規定によらず、当該交付決定者に支給する額の範囲内において、助成金の交付額を交付決定者に代わり補聴器販売業者に支払うことができる。

2 町長は、前項の規定による支払を行うときは、交付決定者に対し、交付決定通知書による通知の際に田原本町難聴児補聴器購入費助成事業支給券（様式第6号。

以下「支給券」という。)を交付するものとする。

3 交付決定者は、支給券の交付を受けたときは、速やかに、田原本町難聴児補聴器購入費助成事業代理受領に係る補聴器購入費支払請求書兼委任状(様式第7号。以下「委任状」という。)を作成し、補聴器販売業者に対し、委任状及び支給券の引渡し並びに自己負担額の支払を行い、当該補聴器販売業者から補聴器を購入するものとする。

4 補聴器販売業者は、前項の委任状及び支給券の引渡しを受けたときは、当該委任状及び支給券に請求書を添えて、町長に提出するものとする。

5 町長は、補聴器販売業者から請求書、委任状及び支給券の提出があったときは、内容を審査の上、適当と認めるときは当該助成金の交付額を交付決定者に代わり補聴器販売業者に支払うものとする。

(関係帳簿の作成)

第15条 町長は、助成金の交付に当たり難聴児補聴器購入費助成台帳(様式第8号)を備え、必要な事項を記載するものとする。

(その他)

第16条 この要綱に定めるもののほか助成金の交付に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成27年3月13日告示第23—2号)

この要綱は、平成27年3月13日から施行し、改正後の田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付要綱の規定は、平成26年4月1日から適用する。

附 則(平成27年12月28日告示第97号)

(施行期日)

1 この要綱中様式第1号の改正規定は平成28年1月1日から、様式第4号の改正規定は平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの要綱の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの要綱の施行前

にされた申請に係る行政庁の不作为に係るものについては、なお従前の例による。

3 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付要綱様式第1号、様式第4号及び様式第5号による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別表（第3条、第4条、第5条関係）

種目	名称	1台当たりの 価格（円）	価格に含まれるもの	耐用年数
補聴器	軽度・中等度難聴用 ポケット型	34,200	補聴器本体（電池を含む。）。 ただし、イヤーマールドを必要 とするときは、価格に9,000 円を加算することができる。	5年
	軽度・中等度難聴用 耳かけ型	43,900		
	高度難聴用ポケット 型	34,200		
	高度難聴用耳かけ型	43,900		
	重度難聴用ポケット 型	55,800		
	重度難聴用耳かけ型	67,300		
	耳あな型（レディメ イド）	87,000		
	耳あな型（オーダー メイド）	137,000	補聴器本体（電池を含む。）	
	骨導式ポケット型	70,100	(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	
	骨導式眼鏡型	120,000	補聴器本体（電池を含む。）。 ただし、平面レンズを必要とす るときは、価格に1枚につき3,	

			600円を加算することができる。	
--	--	--	------------------	--

備考

- 1 FM型受信機を必要とするときは、価格に80,000円を加算することができる。
- 2 オーディオチューを必要とするときは、価格に5,000円を加算することができる。
- 3 FM型ワイヤレスマイクを必要とするときは、価格に98,000円を加算することができる。
- 4 業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の104.8に相当する額を基準額とする。

田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付申請書

田原本町長 殿

申請者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

個人番号 _____

助成対象児との続柄 _____

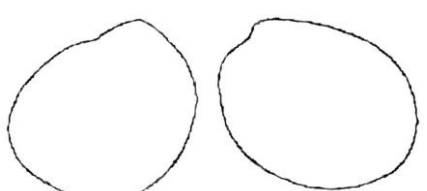
電話番号又はFAX番号 _____

田原本町難聴児補聴器購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

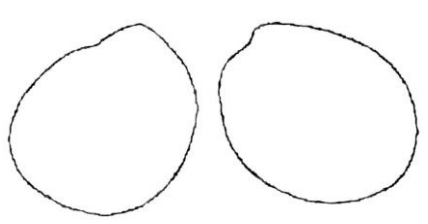
なお、この申請に係る審査に際して、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

助成対象児	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名		個人番号	
	住 所	磯城郡田原本町		
購入を希望する補聴器の種類	別紙、意見書のとおり（様式第2-1号又は様式第2-2号）			
世帯状況	氏 名	対象者との続柄	生年月日	個人番号
購入を希望する業者	名 称			
	所 在 地			
	電話番号又はFAX番号			
身体障害者手帳の申請の有無	有（ 年 月申請） ・ 無 ※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（障害者総合支援法）に基づく支給を優先するため、身体障害者手帳の却下決定通知の添付を求めることがあります。			
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の補聴器の購入状況	右（有・無） 年 月 日購入 左（有・無） 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> 難聴児補聴器購入費助成金交付 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他	
備 考				

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (ABR・ASSR 検査用)

氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)																																																																																																																																																
住 所																																																																																																																																																			
障害の種類	・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴																																																																																																																																																		
補聴器の種類 (処 方)	ABR・ASSR 閾値 (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB (年 月 日実施) 右 dB、左 dB OAE (TEOAE・OPOAE) 反応 有 ・ 無 ※直近の検査結果を添付してください。 COR (年 月 日実施) 周波数 Hz <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">500</td><td style="text-align: center;">1000</td><td style="text-align: center;">2000</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB (年 月 日実施) 周波数 Hz <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">500</td><td style="text-align: center;">1000</td><td style="text-align: center;">2000</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB (年 月 日実施) 周波数 Hz <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">500</td><td style="text-align: center;">1000</td><td style="text-align: center;">2000</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 聴力レベル dB				500	1000	2000	0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100					500	1000	2000	0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100					500	1000	2000	0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
	500	1000	2000																																																																																																																																																
0																																																																																																																																																			
10																																																																																																																																																			
20																																																																																																																																																			
30																																																																																																																																																			
40																																																																																																																																																			
50																																																																																																																																																			
60																																																																																																																																																			
70																																																																																																																																																			
80																																																																																																																																																			
90																																																																																																																																																			
100																																																																																																																																																			
	500	1000	2000																																																																																																																																																
0																																																																																																																																																			
10																																																																																																																																																			
20																																																																																																																																																			
30																																																																																																																																																			
40																																																																																																																																																			
50																																																																																																																																																			
60																																																																																																																																																			
70																																																																																																																																																			
80																																																																																																																																																			
90																																																																																																																																																			
100																																																																																																																																																			
	500	1000	2000																																																																																																																																																
0																																																																																																																																																			
10																																																																																																																																																			
20																																																																																																																																																			
30																																																																																																																																																			
40																																																																																																																																																			
50																																																																																																																																																			
60																																																																																																																																																			
70																																																																																																																																																			
80																																																																																																																																																			
90																																																																																																																																																			
100																																																																																																																																																			
補聴器の種類 (処 方)	○耳かけ型 ・ 重度難聴用 (右・左) ・ 高度難聴用 (右・左) ・ 軽度・中等度難聴用 (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ○耳あな型 ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) ○骨導式 ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) ○その他 ・ FM型受信機 (要・否) ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) (右・左) ・ オーディオチュー (要・否) (右・左)																																																																																																																																																		
現在までの補聴器 装用の有無	右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)																																																																																																																																																		
補聴器使用による 効果見込み																																																																																																																																																			
現在までの障害の 状況 (治療の内容、 期間、経過)・意見 をご記入ください。	※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオチューを処方した場合にはその医学的理由についてご記入ください。																																																																																																																																																		
耳鼻疾患の有無 及び障害の状況																																																																																																																																																			
※ABR・ASSR 閾値は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する値を、各々 a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。 ※検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査年月日及び検査結果を時系列で記入してください。																																																																																																																																																			
1 意見書の記載は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第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要なと認められた場合は2台交付することができる。 3 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支給を優先して受けるよう取り扱うこととする。																																																																																																																																																			
上記のとおり意見する。 年 月 日 所在地 指定医療機関名 医師氏名																																																																																																																																																			
			印																																																																																																																																																

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書 (オーディオメータ検査用)

氏名		男・女	年 月 日生 (歳)																																																											
住所																																																														
障害の種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 感音難聴 ・ 伝音難聴 ・ 混合性難聴 	オーディオグラム 聴力検査 オーディオメータの型式 _____																																																												
聴力	右	dB	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">聴力レベル dB</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">周波数 Hz</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">500</th> <th style="text-align: center;">1000</th> <th style="text-align: center;">2000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">-20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">-10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">気導・骨導聴力をご記入ください。</p>	聴力レベル dB	周波数 Hz			500	1000	2000	-20				-10				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100			
	聴力レベル dB	周波数 Hz																																																												
500		1000		2000																																																										
-20																																																														
-10																																																														
0																																																														
10																																																														
20																																																														
30																																																														
40																																																														
50																																																														
60																																																														
70																																																														
80																																																														
90																																																														
100																																																														
左	dB																																																													
○聴力は、周波数 500・1,000・2,000Hz の音に対する聴力レベル値を、各々 a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。																																																														
補聴器の種類 (処方)	<ul style="list-style-type: none"> ○耳かけ型 <ul style="list-style-type: none"> ・ 重度難聴用 (右・左) ・ 高度難聴用 (右・左) ・ 軽度・中等度難聴用 (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ○耳あな型 <ul style="list-style-type: none"> ・ レディメイド (右・左) イヤモールド (要・否) (右・左) ・ オーダーメイド (右・左) ○骨導式 <ul style="list-style-type: none"> ・ ポケット型 (要・否) ・ 眼鏡型 (右・左) 平面レンズ (要・否) (右・左) ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・ FM型受信機 (要・否) ・ FM型ワイヤレスマイク (要・否) (右・左) ・ オーディオシュー (要・否) (右・左) 																																																													
現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)		現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)																																																												
		補聴器使用による効果見込み																																																												
現在までの障害の状況 (治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。 ※FM型受信機・FM型ワイヤレスマイク・オーディオシューを処方した場合にはその医学的理由についてご記入ください。		耳鼻疾患の有無及び障害の状況 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>																																																												
1 意見書の記載は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第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関の医師又は知事が指定した医療機関の医師に限る。 2 難聴児の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とし、教育・生活上等真に必要なと認められた場合は2台交付することができる。 3 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支給を優先して受けるよう取り扱うこととする。																																																														
上記のとおり意見する。																																																														
年 月 日		所在地 指定医療機関名 医師氏名																																																												
		印																																																												

調 査 書

申 請 年 月 日		年 月 日		申請者(保護者) 氏 名		
住 所						
(フリガナ) 助成対象児氏名				性別	男・女	生 年 月 日 年 月 日
世帯員 の 状 況	氏 名	年 齢	助 成 対 象 児 と の 続 柄	課 税 状 況		備 考
				課 税 区 分	市 町 村 民 税 所 得 割 額 (円)	
			本人	課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
				課税・非課税		
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯					
補聴器本体及び 付属品の種類	基 準 額	見 積 額	自己負担額	公費負担額		
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">調査者 職</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>						

田原本町難聴児補聴器購入費助成金交付（不交付）決定通知書

様

田原本町長



年 月 日付けで申請のあった田原本町難聴児補聴器購入費助成金については、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日		
(フリガナ) 助成対象児					
生年月日	年 月 日 (歳)				
住 所					
申請者 (保護者)氏名			続 柄		
補聴器の種類					
補聴器購入費	円	自己負担額	円	公費負担額	円
備考	*不交付の場合、理由を記載すること。				

(教示) この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、田原本町長に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、田原本町を被告として(訴訟において田原本町を代表する者は田原本町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

年 月 日

田原本町難聴児補聴器購入費助成請求書

田原本町長 殿

請求者名 印

助成対象児氏名

標記の件について、下記のとおり請求しますので、指定した金融機関に振り込んでください。

記

1 請求金額（公費負担額） 円

2 補聴器購入年月日 年 月 日

3 添付書類 領収書

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
預金種別 (該当を○で囲む。)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

様式第6号（第14条関係）

田原本町難聴児補聴器購入費助成事業支給券				
交付番号	第	号	交付年月日	年 月 日
助成対象児氏名			生年月日	年 月 日
住所				
申請者（保護者）氏名			続柄	
補聴器本体及び付属品の種類				
補聴器販売業者	名称			
	所在地			
	電話番号			
基準額	見積額	自己負担額 補聴器購入費又は基準額 のいずれか低い額の 1/3	公費負担額	
円	円	円	円	
上記のとおり決定する。				
年 月 日				
田原本町長 印				
受領	受領年月日	年 月 日	受領者氏名	印

様式第7号（第14条関係）

田原本町難聴児補聴器購入費助成事業
代理受領に係る補聴器購入費支払請求書兼委任状

田原本町長 様

年 月 日付で交付決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり自己負担額を支払いましたので、補聴器購入費の支払を請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器販売業者に委任します。

基準額 (A)	円
自己負担額：補聴器購入費又は基準額のいずれか低い額の1/3 (B)	円
請求額 (A-B)	円

年 月 日

請求者兼委任者 住 所 氏 名 印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払については、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

受 任 者 所 在 地
(補聴器販売業者)
名 称
代表者氏名 印

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
預金種別 (該当を○で囲む。)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

難聴児補聴器購入費助成台帳

田原本町

交付番号	第 号	交付決定 年月日	年 月 日		
(フリガナ) 助成対象児 氏 名					
生 年 月 日	年 月 日 (歳)				
住 所					
申請者(保護者) 氏 名				続柄	
補聴器本体及び 付属品の種類				装用耳	右・左・両耳
補聴器購入 年 月 日	年 月 日購入				
算定基礎額	円	自己負担額	円	公費 負担額	円
補 聴 器 販 売 業 者	名 称 所在地				
備 考					