

明石市高齢者補聴器購入費助成事業について

【医療機関のみなさまへ】



○目的

明石市では、聴力低下へ早期に対応し、認知症やフレイルの進行を緩やかにすることで生活の質を維持し、社会交流を図りながら、住み慣れた地域で自分らしく暮らすことができるよう、難聴により生活に支障が生じている高齢者に補聴器購入にかかる費用の一部を助成します。

助成を受けるために、耳鼻咽喉科が発行した補聴器の必要性を認める医師意見書の提出をお願いしています。

診察、検査の実施 及び 本事業の該当者への医師意見書の発行のご協力をお願いいたします。

○助成対象者(以下のすべての要件を満たす方)

- ①市内に住所を有する満65歳以上の方
- ②聴覚障害による身体障害者手帳の交付を受けていない方
- ③耳鼻科の医師の診断を受け、補聴器の必要性を認める証明（医師意見書）を受けた方
 - ※ 中等度難聴程度（医師の判断による例外あり）の方が対象です。
 - ※ 検査の結果、身体障害者手帳の交付対象となる方には、障害福祉課（078-918-1344）へ相談するようご案内ください。

○助成内容

20,000円を上限として、1人1回限り助成

- ※ 助成対象は、管理医療機器としての補聴器本体と付属品（集音器は対象外）
- ※ 片耳、両耳問わず上限は20,000円
- ※ 故障、修理、メンテナンスなどは対象外
- ※ 受診・検査費用や文書料、送料等は自己負担
- ※ 申請前に購入されたものは助成対象外です。

○対象者の申請から助成までの流れ

①申請書の入手

市役所窓口（本庁舎2階⑦窓口）にて、市から申請書と医師意見書用紙（市指定の様式）をお渡しします。

②耳鼻咽喉科の受診

医師意見書用紙を持参し、耳鼻咽喉科を受診していただきます。（受診料・検査料・文書料等は自己負担です。）

医師に補聴器の使用が必要と認められたときは、医師意見書に記入を受けていただきます。

③申請・決定

ア 申請書と医師が発行した医師意見書を高齢者総合支援室に提出します。

※ 医師意見書の作成日から3か月以内を目途に提出

イ 市から助成決定通知書と請求書用紙（市指定の様式）が届きます。

④購入

ア 補聴器を購入し、購入店舗からその領収書（宛名は申請者本人）をもらっていただきます。

イ 請求書に領収書と補聴器の型番がわかる書類を添付し、高齢者総合支援室に提出します。

※ 市の助成決定通知書の発行日から6か月以内に補聴器を購入し、請求書を高齢者総合支援室に提出

⑤助成

指定口座に助成金を振り込みます。

○耳鼻咽喉科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、医師意見書用紙（高齢者補聴器購入費助成事業用）を持参しています。持参していない場合、高齢者総合支援室にて入手するようご案内ください。
- ・ 保険診療にて診察をお願いします。

②聴力検査の実施

医師意見書の対象聴力欄を確認のうえ、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、中等度難聴（40dB 以上 70dB 未満）を助成対象とします。
- 40dB 以下の場合でも、総合的に勘案して、補聴器の使用が必要と判断される場合は、対象聴力欄にその理由を記入していただければ助成対象とします。
- 検査の結果、身体障害者手帳の交付対象となる方には、障害福祉課（078-918-1344）へ相談するようご案内ください。

④医師意見書への記入等について

- 助成対象と判断された場合、医師意見書への記入をお願いします。
- 聴力検査結果欄に、オーディオグラムを貼付してください。（結果確認のため）
- 記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください。
- 渡された医師意見書をどうするかわからない患者様がいらっしゃいましたら、高齢者総合支援室に申請書とともに提出するようご案内ください。

⑤医師意見書への記入にかかる文書料について

- 医師意見書は文書料として、医療機関から患者様にご請求ください。
- 受診料や検査料、文書料等は自己負担となります。市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（補聴器が不要な場合）は、患者様へ口頭で結果をお伝えいただき、医師意見書への記入（文書料の請求）はしないようにお願いします。

○補聴器の購入店舗について

補聴器は、管理医療機器としての補聴器の取り扱いがあれば、市内外を問わず、どの店舗でも購入していただけます。

【お問い合わせ先】

明石市 高齢者総合支援室 高年福祉係

TEL:078-918-5288 FAX:078-918-5106

2021年(令和3年)7月

医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

フリガナ		生年月日
対象者		年 月 日
住所	〒 ー 明石市	

上記対象者は、下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

対象聴力	該当するチェック欄（□）に✓印をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴 <input type="checkbox"/> 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが補聴器が必要 <input type="checkbox"/> その他（ ）
聴力検査結果	オーディオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付するか、本書の右肩の裏側にホッチキスで留めてください。

年 月 日

医療機関名

医師名

※ ご記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しください。