

# 幕別町補聴器購入費助成のご案内

補聴器購入費の一部を助成することによって、コミュニケーション能力の維持向上を促進し、積極的な社会参加、地域交流の促進、認知症の予防を図ります。

## 対 象 者

◆以下の要件をすべて満たす方

- ・幕別町に住所を有し居住している 40 歳以上の方
- ・身体障害者手帳（聴覚の障害）の交付を受けていない方
- ・中等度程度の難聴があり補聴器を装用する必要があると耳鼻咽喉科専門医が認めた方
- ・認定補聴器技能者が在籍する販売店で補聴器を購入した方

## 助 成 額

補聴器購入費の 1 / 2 以内とし、片耳につき 5 万円（千円未満切捨て）

## 注 意 事 項

補聴器は購入後に装用のトレーニングや調整、メンテナンスが必要です。補聴器を効果的に継続して装用するため以下の注意事項を厳守ください。

- ・耳鼻咽喉科専門医の診断が必要です。
- ・認定補聴器技能者が在籍する販売店で調整やメンテナンスを受けてください。
- ・申請時と 1 年後のアンケートに回答していただきます。
- ・修理や付属品だけの購入は、助成対象となりません。
- ・購入日から 6 か月以内に申請してください。
- ・前回の助成決定日から 5 年を経過すると再度補聴器購入費助成の申請ができます。

## 問 合 せ ・ 相 談 先

|         |                                          |
|---------|------------------------------------------|
| 担 当     | 幕別町保健課高齢者支援係                             |
| 受 付 時 間 | 8：45～17：30（土日祝日、年末年始除く）                  |
| 電 話     | 0155-54-3812                             |
| メ ー ル   | koreishashienkakari@town.makubetsu.lg.jp |

助成手続きは裏面を確認してください。

## 助成手続き

### ◆申請に必要な書類

- 申請書 □補聴器の領収書原本 □振込先口座の通帳の写し
- 補聴器販売店への紹介状か診療情報提供書の写し（なければ申請書の耳鼻咽喉科医の意見欄に医師の署名などが必要です）

### ◆申請から助成までのながれ

|                     |                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 申請書の入手            |                                                                                                                                                                                                            |
| ↓                   | ○耳の聞こえにくさや助成の要件、必要書類など、わからないことは事前に保健課高齢者支援係に相談をしてください。<br>○役場窓口、または町ホームページより申請書、申請時アンケートを入手します。                                                                                                            |
| 2 耳鼻咽喉科専門医の診断       |                                                                                                                                                                                                            |
| ↓                   | ○耳の聞こえについて、耳鼻咽喉科専門医に相談し、補聴器の装用が必要か診断を受けます。<br>○補聴器を装用する場合は、認定補聴器技能者の在籍する補聴器販売店の紹介を受けてください。<br>○販売店が決まっている場合は、認定補聴器技能者が在籍しているか販売店に確認してください。<br>○申請書の耳鼻咽喉科専門医の意見欄に記入してもらうか、補聴器販売店への紹介状や診療情報提供書などの写しを取ってください。 |
| 3 補聴器の購入            |                                                                                                                                                                                                            |
| ↓                   | ○医師からの紹介状や診療情報提供書などを持って販売店に行きます。<br>○認定補聴器技能者の在籍する補聴器販売店で購入し、領収書をもらってください。                                                                                                                                 |
| 4 申請書提出、申請時アンケートに回答 |                                                                                                                                                                                                            |
| ↓                   | ○購入から6か月以内に、役場の窓口、申請書、補聴器の領収書原本、振込先金融機関の通帳の写し、紹介状や診療情報提供書の写しを提出します。<br>○申請書の裏面のアンケートに回答してください。                                                                                                             |
| 5 審査、交付決定、助成金振込     |                                                                                                                                                                                                            |
| ↓                   | ○町から申請者へ交付決定を通知します。<br>○申請者が指定する口座へ助成金を振り込みます。                                                                                                                                                             |
| 6 1年後アンケートに回答       |                                                                                                                                                                                                            |
|                     | ○助成1年後アンケートを送付しますので回答し返送してください。                                                                                                                                                                            |

問合せ先 幕別町保健課高齢者支援係 0155-54-3812