**新温泉町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】**

**〇目的**

　新温泉町では、聴力機能の低下により日常生活に支障がある高齢者の方に対し、補聴器の購入に要する費用を助成することにより、高齢者の聴力低下に早期に対応し、社会参加や地域交流を促進することで高齢者の認知症及びフレイルを予防し、高齢者福祉の増進を図ることを目的として、難聴により生活に支障が生じている高齢者の方に対して、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。

**〇助成対象者（以下のすべての要件を満たす方）**

　①新温泉町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

　　※中程度難聴程度（両耳聴力40dB以上片耳聴力70dB未満）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、

健康福祉課福祉係（0796-82-5622）へ相談するようご案内ください。

**〇助成内容**

　　30,000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（付属品・集音器は対象外）
* 片耳、両耳問わず上限は30,000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。

**〇対象者の申請から助成までの流れ**

①申請書の入手

　新温泉町役場福祉課窓口または温泉総合支所窓口にて、申請書と医師意見書用紙（町指定の様式）をお渡しします。

　　※新温泉町ホームページから申請書と医師意見書用紙をダウンロード・印刷をすることもできます。

②耳鼻咽喉科の受診・補聴器の選定

　ア　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。）

　イ　医師に補聴器の使用が必要と認められたとき（両耳聴力40dB以上片耳聴力70dB未満）は、医師意見書に記入を受けていただきます。

　ウ　補聴器の販売店とご相談いただき、購入する予定の補聴器の型番と値段が分かる書類（見積書、カタログの写し等）を入手します。

③申請・決定

　ア　手順②で入手した申請書・医師が発行した医師意見書及び購入予定の補聴器の型番

及び値段が分かるもの（見積書、カタログの写し等）を新温泉町福祉課へ提出します。

　イ　新温泉町から助成決定通知書と請求書用紙（町指定の様式）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　助成金請求書に領収書と補聴器の型番が分かる書類を添付し、新温泉町福祉課へ提出します。

　　　※町の助成決定通知書の発行日から３か月以内または年度末（3月31日）のいずれか早い日までに補聴器を購入する必要があります。

⑤助成

　新温泉町から指定口座に助成金が振り込まれます。

**〇耳鼻咽喉科での聴力検査について**

①患者様が医療機関へ来られたら

　・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、新温泉町福祉課にて用紙を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

　医師意見書の聴力欄の記入のため、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、中程度難聴（両耳40dB以上かつ片耳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、

　　福祉課福祉係（0796-82-5622）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。

　・意見書内のオージオグラムに記入いただくか、検査結果で出て来たオージオグラムを裏面に貼り付け又はホッチキス留めしてください。

　・記入いただいた医師意見書は、患者様へお渡しいただき、補聴器の販売業者に補聴器の選定をしてもらうようご案内ください。

　・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、新温泉町福祉課まで申請書・補聴器の種類等が分かる書類と一緒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。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。

〇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扱いがあれば、町内外を問わず、どの店舗

でも購入していただけます。

お問い合わせ先

新温泉町　福祉課　介護保険係

<TEL:0796-82-5622>　FAX：0796-82-2970

様式第２号（第５条関係）

**【記載例】**

新温泉町高齢者補聴器購入費助成事業医師意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 | **新温　泉太郎** | | ・女 | **昭和30**年　**8**月　**3**日生（**○**歳） |
| 住所 | 新温泉町**浜坂2673番地の1** | | | |
| 聴力 | 右　　**5.1**　dB　　・　　左　　**5.3**　dB | | | |
| オージオグラム  オージオメーターの形式  **○○AA79-S**  実施日  **令和△**年　**〇**月　**×**日 | | オージオグラムの結果を直接記入するか、データの用紙を添付するかしてください。 | | |
| 上記の者は、聴力低下のため日常生活に支障があり補聴器の使用が必要であることを認める。  **令和　△**年　**〇**月　**×**日  所在地　　　**〇〇県××市△△１－２－３**  医療機関名　**□□耳鼻咽喉科医院**  医師氏名　　**○○　○○**  　　　　　（自筆による署名又は記名押印） | | | | |