

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、鳥取県障がい児者在宅生活支援事業補助金交付要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）の別表第1欄に掲げる鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業（以下「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 身体障害者手帳の交付対象とならない難聴児に対して、補聴器の装用によって言語の習得やコミュニケーション力の向上を促進するため、補聴器等の購入費用若しくは修理又は再購入に係る費用の一部を助成し、もって難聴児の福祉の増進に資することを目的とする。

（実施主体）

第3条 本事業の実施主体は、市町村とする。

（対象児）

第4条 本事業の対象は、鳥取県内に居住し、身体障害者手帳の交付の対象とならない18歳に達する日（誕生日前日）以降の最初の3月31日までの間にある難聴児で、次のいずれかを満たすもの（以下「対象児」という。）とする

- （1） 4分法平均聴力が両耳ともに30デシベル以上のもの。
- （2） 片側の4分法平均聴力が30デシベル以上のもので、補聴器の装用により言語の習得等一定の効果が期待できると医師が判断するもの。

2 前項の規定にかかわらず、対象児又は対象児の属する世帯の他の世帯員の市町村民税所得割の最多市町村民税所得割の課税額が46万円以上の場合は本事業の対象外とする。

（補助対象経費等）

第5条 本事業の補助対象経費等は、次のとおりとする。

（1）補助対象経費

（ア）新たに補聴器の購入に要する経費（別表1の耐用年数欄に定める年数の経過前に新たに購入する場合を除く。）又は別表1の耐用年数欄に定める年数の経過後に補聴器を更新する経費（以下「補聴器購入費」という。）並びに、破損等による修理に係る経費（以下「修理費」という。）とする。なお、修理費についてメーカーの保証期間内であれば、メーカーによる修理を優先し、補助の対象外とする。

（イ）前号の定めによらず、本事業を利用し購入した補聴器を、別表1の耐用年数欄に

定める年数の経過前に、難聴児及び保護者の故意によらず紛失した場合、又は故意によらず修理不能な破損をした場合の補聴器を再購入する経費（以下「再購入費」という。）とする。また、再購入した補聴器の耐用年数は、別表 1 の耐用年数欄に定める年数とする。なお、再購入費の補助は原則 1 回のみとし、メーカーの保証期間内であれば、メーカーによる保証を優先し、補助の対象外とする。

- (2) 上限額 補聴器購入費、修理費又は再購入費は、補聴器の種類に応じ、別表 1 又は別表 2 の基準価格欄に定める 1 台当たりの額に 100 分の 106 を乗じた額を上限（以下「上限額」という。）とする。ただし、次に掲げる修理費の額の基準は、前述の規定にかかわらず、別表 2 の規定による価格の 100 分の 110 に相当する額とする。

別表 2 の眼鏡型平面レンズ交換、骨導式ポケット型レシーバー交換、骨導式ポケット型ヘッドバンド交換、FM 型用ワイヤレスマイク充電電池交換、FM 型用ワイヤレスマイク充電用 AC アダプタ交換、FM 型用ワイヤレスマイク外部入力コード交換及びイヤホン交換

- (3) 補助率 市町村は補助金の交付を希望する対象児の保護者（以下「申請者」という。）に対し、補聴器購入費、修理費又は再購入費と上限額のいずれか低い額の 3 分の 2 を限度に補助し、県は市町村に対し、予算の範囲内でその補助に要した額の 2 分の 1 以内を補助する。ただし、補聴器購入費、修理費又は再購入費が前号の上限額を超える場合は、その差額は申請者が自己負担するものとする。
- (4) 補助対象となる補聴器の種類は原則として片耳「耳かけ型」の装用とする。ただし、医師の意見書等により他種又は両耳の装用が望ましい場合は、この限りではない。
- (5) 加算 デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、補聴器専門店（認定補聴器技能者のいる補聴器店をいう。以下同じ。）に配置されている言語聴覚士又は認定補聴器技能者による調整が必要な場合は 2,000 円を加算すること。なお、加算については、補聴器 1 台あたりの加算とし、購入に要する（した）費用と上限額を比較して少ない方の額に加算することとする。

（交付申請）

第 6 条 申請者は、申請する補助対象経費により、次の書類を添えて、市町村長に補聴器購入等補助金交付申請書（様式第 1 号）を提出するものとする。

(1) 補聴器購入費の申請

- (ア) 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する指定医が、対象児の聴力検査を実施し交付した意見書（以下「意見書」という。）（様式第 2－1 号）。
- (イ) 意見書の処方に基づいて補聴器専門店が作成した見積書。なお、加算を受ける場合は補聴器専門店で配置されている言語聴覚士又は認定補聴器技能者が調整を行う旨が明記されていること。
- (ウ) 対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料。

(2) 修理費の申請

- (ア) 補聴器専門店が作成した見積書。

(イ) 対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料。

(3) 再購入費の申請

(ア) 意見書(様式第2-1号)。ただし、市町村長の判断により省略することができる。

(イ) 意見書の処方に基づいて補聴器専門店が作成した見積書。ただし、前号により意見書を省略した場合は、紛失又は破損した補聴器の意見書の処方に基づいて作成したものとする。

(ウ) 対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料。

(エ) 紛失又は破損の時期及び状況等を記した補聴器紛失・破損理由届(様式第2-2号)。

(交付決定)

第7条 市町村は、第6条に定める交付申請の内容を審査し、補助金の交付又は不交付を決定し、決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

2 市町村は、必要に応じて、県身体障害者更生相談所に判定を依頼(様式第4号)し、その判定結果の内容(様式第5号)を踏まえ、補助金交付の可否を決定することができるものとする。

(交付決定児管理簿の作成)

第8条 市町村は、様式第6号を参考にして、交付決定児(第7条第1項の補助金の交付決定を受けた対象児をいう。以下同じ。)の氏名、住所、生年月日、保護者氏名及び補聴器購入、修理又は再購入年月日等を記載した交付決定児管理簿(以下「管理簿」という。)を作成し、5年間保存するものとする。

(補聴器の購入、修理又は再購入)

第9条 交付決定者(第7条第1項の補助金の交付決定を受けた申請者をいう。以下同じ。)は、補助金交付決定後、速やかに補聴器専門店において、一旦費用の全額を支払い、補聴器を購入、修理又は再購入し、領収書の発行を受けるものとする。

(補助金の請求及び支払)

第10条 交付決定者は、補聴器の購入、修理又は再購入に要した費用のうち、本事業の対象となる経費の3分の2相当額を、領収書の写しを添付し、請求書(様式第7-1号)により居住地の市町村に請求するものとする。なお、加算を受ける場合は、証明書(様式第7-2号)を領収書の写しに添えて提出すること。

2 市町村は、交付決定者から補聴器の購入、修理又は再購入に要した費用について請求があった場合には、提出された請求内容を審査の上、原則として、請求があったその都度、交付決定者に対して支払うものとする。

(代理受領)

第11条 市町村は、交付決定者の利便性を考慮し、第9条及び第10条によらず、交付決定

者に支給すべき額の限度において、交付決定者の代わりに補聴器専門店で支払うことができる。

- 2 代理受領による補聴器購入費、修理費又は再購入費の支払を行う場合は、市町村は交付決定者に対し、交付決定通知書のほか支給券（様式第8号）を発行するものとし、交付決定者は速やかに補聴器専門店で、請求書兼委任状（様式第9号）を作成し、支給券を引き渡すとともに自己負担額を支払い、補聴器を購入、修理又は再購入する。補聴器専門店は、請求書兼委任状に支給券を添えて、市町村に請求するものとする。なお、加算を受ける場合は、請求書兼委任状に支給券のほか証明書を添えて提出すること。
- 3 市町村は、補聴器専門店から適正な請求があった場合には、請求内容を審査の上、原則として、請求があったその都度、補聴器専門店で支払うものとする。

（実績報告）

第12条 市町村は、別に定める補助金交付要綱に定められた提出書類とあわせて、管理簿も県に提出するものとする。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、この要綱に必要な事項は、福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年10月13日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成26年5月2日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この改正は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成 28 年 9 月 13 日から施行し、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、平成 31 年 1 月 18 日から施行し、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、令和元年 9 月 27 日から施行し、令和元年 10 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

別表 1 (補聴器の購入)

種類		条件	運用細則	基準価格 (1台)	基準価格に含ま れるもの	耐用 年数
耳かけ型				43,900	電池 (イヤモールド が必要な場合 は、基準価格に 9,000 円を加 算。)	5 年
ポケット型		耳かけ型の補聴器 の使用が困難な者	1 耳漏がひどい者 2 耳かけ型の操作、装着な ど使用上支障のある者	41,600	同上	
耳 あ な 型	レディ メイド	耳かけ型の補聴器 の使用が困難で、 真に必要な者	1 耳介・外耳道等の形態異 常のある者 2 湿疹・多汗症等で耳かけ 型の装用が困難な者	87,000	同上	
	オーダ ーメイド	障がいの状況、耳 の形状等でレディ メイドでは対応不 可能な者	3 眼鏡の使用により耳か け型に問題がある者 4 装用耳聴力レベルが 80dB 未満の者	137,000	電池	
骨 伝 導 型	ポ ケ ッ ト型	1 伝音性難聴児 であって、耳漏が 著しい者 2 外耳道閉鎖症 等を有する者でか つ耳栓又はイヤモ ールドの使用が困 難な者	ポケット型か眼鏡型かは、本 人の障がい状況、使用状況等 に適したものを選定する。	70,100	電池、骨導レシ ーバー、ヘッド バンド	
	眼鏡型		ただし、上記による補聴効果 が期待できず、軟骨伝導補聴 器の適合を医師が認めた場合 には、軟骨伝導補聴器を眼鏡 型とみなして選定することが できる。	120,000	電池 (平面レンズが 必要な場合は、 基準価格に、 3,600 円を加 算。)	

(注1) 助成対象の補聴器であって補聴援助システムの受信機、ワイヤレスマイク又はオーディオシューを必要とする場合は、次の表に掲げる額の範囲内で必要な額を加算することができる。なお、補聴援助システムの電波方式は限定しない。(FM型・デジタル型とも補助対象とする。)

また、受信機、ワイヤレスマイク又はオーディオシューのみを必要とする場合は、単独で助成の対象とすることができる。

補聴援助システム	1台当たりの基準価格(円)
受信機	80,000 円
ワイヤレスマイク(充電電池を含む。)	98,000 円
オーディオシュー	5,000 円

(注2) デジタル式補聴器で、補聴器の装用に關し、専門的な知識・技能を有する者による調整が必要な場合は、2,000 円を加算すること。

別表 2 (補聴器の修理)

修理部位	基準価格 (円)	備考
耳かけ型ケース組立交換	3,750	
耳かけ型スイッチ交換	4,500	
耳かけ型テレホンコイル交換	2,550	
耳かけ型極板交換	1,470	
耳かけ型ボリューム交換	6,450	
耳かけ型マイクロホン交換	11,810	
耳かけ型レシーバー交換	12,120	
耳かけ型トリマー交換	1,900	
耳かけ型フック交換	620	
耳かけ型電池ホルダー交換	1,000	
耳かけ型耳栓組立交換	600	
耳かけ型サスペンション交換	640	
耳かけ型アンプ組立交換	29,880	
ポケット型ケース組立交換	5,400	
ポケット型クリップ交換	1,200	
ポケット型スイッチ交換	3,500	
ポケット型テレホンコイル交換	1,350	
ポケット型極板交換	1,350	
ポケット型ボリューム交換	4,580	
ポケット型マイクロホン交換	5,400	
骨導式ポケット型レシーバー交換	10,500	
骨導式ポケット型ヘッドバンド交換	3,150	
耳あな型シェル交換 (レディメイド)	6,300	
耳あな型シェル交換 (オーダーメイド)	26,400	
耳あな型スイッチ交換	3,150	
耳あな型テレホンコイル交換 (レディメイド)	8,400	
耳あな型テレホンコイル交換 (オーダーメイド)	12,700	
耳あな型極板交換	1,050	
耳あな型ボリューム交換 (レディメイド)	8,400	
耳あな型ボリューム交換 (オーダーメイド)	11,600	
耳あな型マイクロホン交換 (レディメイド)	13,500	
耳あな型マイクロホン交換 (オーダーメイド)	15,950	
耳あな型レシーバー交換 (レディメイド)	14,200	
耳あな型レシーバー交換 (オーダーメイド)	20,000	
耳あな型抵抗交換 (レディメイド)	2,100	
耳あな型抵抗交換 (オーダーメイド)	8,900	
耳あな型コンデンサ交換 (レディメイド)	2,100	
耳あな型コンデンサ交換 (オーダーメイド)	8,900	
耳あな型電池ホルダー交換 (レディメイド)	1,050	
耳あな型電池ホルダー交換 (オーダーメイド)	1,550	
耳あな型トリマー交換 (レディメイド)	6,300	
耳あな型トリマー交換 (オーダーメイド)	9,500	
耳あな型サスペンション交換	890	
耳あな型アンプ組立交換 (レディメイド)	31,700	
耳あな型アンプ組立交換 (オーダーメイド)	42,200	
眼鏡型ケース組立交換	9,400	
眼鏡型スイッチ交換	3,450	
眼鏡型テレホンコイル交換	3,300	

眼鏡型極板交換	1,400	
眼鏡型ボリューム交換	4,580	
眼鏡型マイクロホン交換	13,900	
眼鏡型骨導子交換	16,400	
眼鏡型アンプ組立交換	23,100	
眼鏡型アンプ組立交換（送信用）	35,200	
眼鏡型アンプ組立交換（受信用）	54,700	
眼鏡型ブランク（空つる）交換	4,350	
眼鏡型テンプル（補助つる）交換	3,100	
眼鏡型フロント（前枠）交換	9,500	
眼鏡型平面レンズ交換	3,600	
ダンパー入り耳かけ型フック交換	960	
FM 型受信機交換	80,000	
FM 型操作用基板交換	6,000	旧周波数帯用のもの
FM 型用ワイヤレスマイク交換（充電池を含む）	98,000	
FM 型トリマー基板交換	6,000	旧周波数帯用のもの
FM 型アンプ組立交換（受信用）	48,000	旧周波数帯用のもの
FM 型受信回路組立交換	46,000	
FM 型アンテナ交換	5,000	旧周波数帯用のもの
FM 型水晶振動子交換	6,000	旧周波数帯用のもの
FM 型用ワイヤレスマイク発振回路組立交換	27,000	旧周波数帯用のもの
FM 型用ワイヤレスマイク ID 基板組立交換	14,000	旧周波数帯用のもの
FM 型受信機ケース（端子）交換	5,000	
FM 型受信機スイッチ交換	4,000	
FM 型用ワイヤレスマイクアンテナ交換	10,000	
FM 型用ワイヤレスマイク基板交換	64,000	
FM 型用ワイヤレスマイクケース交換	8,000	
FM 型用ワイヤレスマイク充電池交換	5,000	
FM 型用ワイヤレスマイク充電用 AC アダプタ交換	3,500	
FM 型用ワイヤレスマイク外部入力コード交換	2,000	
イヤモールド交換	9,000	
コンセント交換	830	
I C 回路交換	4,550	
イヤホン交換	3,170	
コード交換	680	
トランジスター又はダイオード交換	2,050	
抵抗交換	2,050	
コンデンサ交換	2,050	
トランス交換	1,900	
オーディオチュー交換	5,000	

（注）デジタル型補聴援助システムの修理部位については、別表 2 の FM 型の修理部位に対応する部位とし、基準価格については、対応する別表 2 の FM 型の修理部位と同額とする。

(あて先) ○○市 (町村) 長 様

氏 名

記

いずれかに○をして ください。	補聴器の購入 ・ 補聴器の再購入 補聴器の修理（破損理由：　　　　　　　）		
フリガナ 対象児童名			
生年月日	年	月	日生（　歳）
住　所			
対象児童の保護者名		続柄	

(1) 補聴器購入

- ① 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第 2－1 号）
 - ② 意見書の処方に基づいて補聴器専門店が作成した見積書
 - ③ 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料
- (2) 補聴器修理
- ① 補聴器専門店が作成した見積書
 - ② 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料
- (3) 補聴器再購入
- ① 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医師が記載した医師意見書（様式第 2－1 号）。ただし、市町村の判断により省略することができる。
 - ② 補聴器専門店が作成した見積書
 - ③ 交付対象児の属する世帯全員の市町村民税の課税状況等がわかる資料
 - ④ 紛失・破損理由届（様式第 2－2 号）

印

補聴器購入等助成事業 医師意見書				
対象児童名		男 ・ 女	年 月 日生 (歳)	
住 所				
障害名	・ 伝音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ 感音性難聴			
現在までの障害の状況（補聴器の装用効果、診断・治療の内容、経過）				
聴力※	右	dB	聴力検査の種類（COR・遊戯聴力検査・純音）	
	左	dB	500	1000 2000 Hz
※ 4分法平均聴力を記入してください。 ABR、ASSRなどの検査も総合した聴力であれば、備考欄にその旨を記載してください。 (備考)				
補聴器の種類 (処方)	名 称	個数	処方の理由	
	・ 耳 か け 型 ・ そ の 他 種 類 ()		* 耳かけ型以外の種類の場合は、理由を記載してください。	
	イヤモールド			
	・ 補聴援助システム ()			
上記のとおり意見する。				
年 月 日				
医療機関の所在地				
病院・医院名				
医 師 氏 名				
印				

- 1 意見書の記載は身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医療機関の医師に限る。
2 この事業で助成する補聴器の機種は、特別な理由がある場合を除き、原則「耳かけ型」とする。
3 身体障がい者に該当する聴力の場合は、本意見書は適応されない。

補聴器紛失・破損理由届

（あて先）〇〇市（町村）長 様

フリガナ 対象児童名		
生年月日	年 月 日生（ 歳）	
住所		
紛失・破損の別		
紛失又は破損した補聴器の購入年月日	年 月 日	
紛失又は破損年月日	年 月 日	
紛失又は破損した補聴器の種類	名称	個数
	・耳かけ型 ・その他種類（ ）	・右耳 ・左耳 ・両耳
	イヤモールド	個
	・補聴援助システム（ ）	個
紛失又は破損状況及び理由		
備考		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

（届出者）
住所

氏名

印

番 号
年 月 日

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付（不交付）決定通知書

○ ○ ○ ○ 様

〇〇市（町村）長 印

年 月 日付けで申請のあった鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱（平成 23 年 10 月 13 日付第 201100068662 号鳥取県福祉保健部長通知）第 7 条第 1 項の規定により通知します。

記

交付番号	第 号				
(フリガナ) 対象児童名					
生年月日	年 月 日生（ 歳）				
住所					
保護者名				続柄	
補聴器の種類					
修理部位					
補聴器購入費、修理費又は再購入費	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。				

番 号
年 月 日

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付判定依頼書

（東・中・西）部身体障害者更生相談所長 様

〇〇市（町村）長 印

年 月 日付けで申請のあった下記の児童について、鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱（平成 23 年 10 月 13 日付第 201100068662 号鳥取県福祉保健部長通知）第 7 条第 2 項の規定により下記のとおり判定を依頼します。

記

(フリガナ) 対象児童名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
住 所	
判定依頼事項	対象児童に対する申請補聴器の適・否
備 考	

番 号
年 月 日

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金交付判定書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

（東・中・西）部身体障害者更生相談所長 印

年 月 日付けで依頼のあったこのことについて、鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱（平成 23 年 10 月 13 日付第 201100068662 号鳥取県福祉保健部長通知）第 7 条第 2 項の規定により下記のとおり判定しましたので通知します。

記

(フリガナ) 対象児童名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
住 所	
総合判定	適 ・ 否 ・ その他（ ）
特記事項	
備 考	この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

年 月 日

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業交付決定児管理簿

市町村名

交 付 番 号	第 号				
(フリガナ)					
対象児童名					
生年月日	年 月 日生 (歳)				
住 所					
保護者氏名				続柄	
保護者住所					
補聴器の種類					
修理部位					
補聴器購入、 修理又は再購入年月日	年 月 日 購入・修理				
補聴器購入費、修理費又は再購入費	円	自己負担額	円	公費負担額	円

年 月 日

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等補助金請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

交付番号

請求者名

対象児童名

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業実施要綱（平成 23 年 10 月 13 日付第 201100068662 号鳥取県福祉保健部長通知）第 10 条第 1 項の規定により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、修理又は再購入年月日 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	

証明書

____氏の補装具費支給申請（補聴器）について、以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日
(補装具業者名及び代表者名)

印

調整を行った者の氏名（ ）
(言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者)

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※貼付欄

様式第 8 号（第 11 条関係）

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業支給券				
支給番号		第 号		支給決定日
氏名				生年月日
居住地				
保護者氏名				続柄
補聴器の種類				
処方又は修理部位				
補聴器専門店	名称			
	所在地			
	電話			
基準額		見積額		自己負担額
円		円		円
上記のとおり決定する。				
年 月 日				
市町村長				
受 領	受 領 年月日	年 月 日		受領者 氏 名
				印

*この様式により難しい場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

様式第 9 号（第 11 条関係）

鳥取県身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業
代理受領に係る補聴器購入費等支払い請求書兼委任状

（あて先）〇〇市（町村）長 様

年 月 日付けで支給決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補聴器購入費等の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器専門店で委任します。

基準額（差額自己負担額等補聴器購入費等の対象とならないものは除く。）	円
自己負担額	円
請求額	円

年 月 日

請求者兼委任者
（交付決定者）

住 所

氏 名

印

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

年 月 日

受 任 者
（補聴器専門店）

住 所

名 称

代表者氏名

印

＊この様式により難しい場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。