

追加
募集

高齢者の補聴器活用調査に参加いただく方を対象に、

補聴器の購入費用を補助します

〈募集期間 令和5年4月26日～【先着順】〉

※定員50人に到達次第、受付を終了します。

申込の前に、[県ホームページ](#)または県高齢政策課にお問い合わせの上
応募状況をご確認下さい。

1 事業の内容

兵庫県では、加齢性難聴の高齢者の補聴器活用調査を行います。
この調査に参加いただく方に、補聴器の購入費を補助します。

補聴器活用調査とは？

補聴器を使用することで、社会参加活動の状況にどのような変化があるか、補聴器を装着する前と後での状況等についてアンケート調査にご協力いただきます。

※補聴器購入費の補助は、調査終了後（令和6年1月頃予定）の支払となります。

2 補助の条件

(1) 補助の対象となる方

次の条件をすべて満たす方が対象となります。

- ① 兵庫県内に住所を有している方
- ② 令和5年4月1日現在で満65歳以上の方
- ③ 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
- ④ 耳鼻科医師の診断を受け、補聴器が必要との意見を受けている方
- ⑤ アンケートなど県の調査（令和5年秋頃）にご協力いただける方
- ⑥ 調査研究等のため、本事業で県に提出された書類を、県が市町や県が必要と認める関係機関に提供することに同意いただける方

(2) 補助の対象となる補聴器等

次の条件をすべて満たすものが対象となります。

- ① 医療機器として認定された補聴器本体と付属品
（集音器は対象外です）
- ② 認定補聴器技能者により本人に合わせて調整された補聴器
※故障・修理・メンテナンス等は対象外です。
- ③ 令和5年4月1日以降に購入された補聴器

3 補助額

上限 2 万円 ※調査終了後（令和 6 年 1 月頃予定）の支払となります。
（市町等が実施する補助制度との併用が可能です。ただし、購入金額から、市町等が実施する補助制度の収入額を除いた金額のうち、上限 2 万円を補助します。）

4 補助人数

50 名 ※先着順（定員に到達次第、受付を終了します）
（申込の前に、[県ホームページ](#)または県高齢政策課にお問い合わせの上、応募状況をご確認下さい。）

5 応募方法・応募期間

耳鼻咽喉科を受診の上、必要書類 6 種（P 3 参照）を県庁窓口へ提出（郵送または持参）していただきます。

応募期間は令和 5 年 4 月 26 日～【先着順】です。

【県庁窓口】（月～金（祝日を除く） 9:00～17:00）
兵庫県 高齢政策課 地域包括ケア推進班
住所：〒650-8567 兵庫県神戸市中央区下山手通 5-10-1
電話：078-341-7711（内線 3106）
FAX：078-362-9470

「兵庫県 補聴器調査」で検索

URL：<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/r3hochouki.html>

※補聴器の使用を検討中の皆様、そして、ご家族等の周囲の皆様へ。

（出典：消費者庁ホームページ）

[ポイント 契約を締結する前の心構えなど]

- ★ 店舗で補聴器を購入した場合や通信販売の場合、どれだけ高額の商品であったとしても、基本的に「クーリング・オフ」は適用されません。
- ★ 難聴の方は、耳が聞こえにくいことで、契約締結などの際に支障が生じることもあり得ます。周囲の方の支援が重要です。

[おかしいと思ったら。心配なことがある場合は。]

一人で悩まず、消費者ホットライン 188（局番なしの 3 桁番号）等の関係機関にご相談ください。

応募に必要な書類(応募期間：令和5年4月26日～【先着順】)

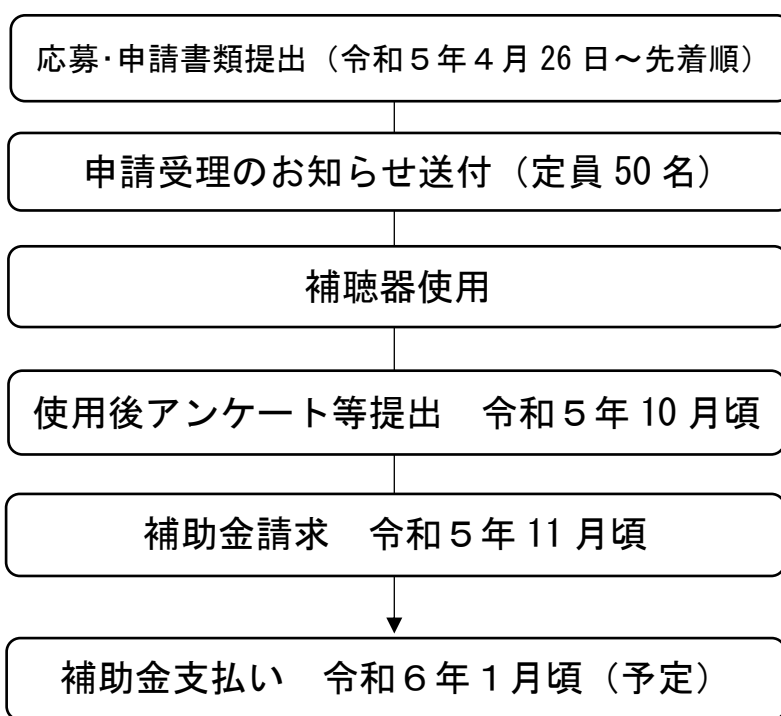
【必要書類は6種】

	書類名称	説明	提出時 チェック
①	応募時アンケート (P5、6・・・様式 1-2)	表裏2ページ分に回答してください。	<input type="checkbox"/>
②	医師意見書 (P7・・・様式 1-3)	<ul style="list-style-type: none"> ・文書料は自己負担となります。 ・この用紙と同じ内容が確認できる書類で代用できます。 例 <ul style="list-style-type: none"> ・「補聴器相談医」が作成する「補聴器適合に関する診療情報提供書」 ・他の自治体等が行う補聴器購入費助成で使用する医師意見書等 	<input type="checkbox"/>
③	補助金交付申請書・ 収支予算書 (P9、10・・・様式 2-3)	表裏2ページあります。 記載例(P11,12)を見ながら記載してください。	<input type="checkbox"/>
④	所要額調書 (P13・・・様式 2-4)	記載例(P14)を見ながら記載してください。	<input type="checkbox"/>
⑤	補聴器領収書 (令和5年4月1日以降に 購入された補聴器が対象)	<ul style="list-style-type: none"> ・メーカー、型番、店舗名、認定補聴器技能者の氏名がわかるものであれば様式自由です。 ・医療費控除の申告に使用する等事情がある場合はコピーでも構いません。 	<input type="checkbox"/>
⑥	補聴器適合に関する報告書 (P15、16・・・様式 2-7)	表裏2ページあります。 補聴器を購入された販売店に作成を依頼してください。	<input type="checkbox"/>

(参考) 申請後の流れ

- 申請が正常に受理された場合は、後日、「補助金交付額決定通知書」を郵送でお送りします。
- 補聴器購入日以降の活動状況等について、令和5年秋頃にアンケート調査を予定しています。

<申請後の流れ（予定）>



応募時アンケート

<様式1-2号>

氏名 _____

本人同意事項

下記に同意いただける場合は に **チェック** を入れてください。()

後日、県が実施するアンケート調査等には必ず回答します。

本事業で提出した書類を、県が次の目的で提供することに同意します。

- ①応募者が市町から補聴器購入費補助を受けているか確認するため
- ②応募者が身体障害者手帳を交付されているか確認するため
- ③その他、市町や関係機関が介護予防等の調査研究等に活用するため

これに同意がなければ補助対象者になれませんのでご注意ください。

暴力団排除条例(平成22年兵庫県条例第 35 号。以下「条例」という。)を遵守し、暴力団排除に協力するため、下記のとおり誓約します。誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

- ①条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。
- ②同条例施行規則(平成 23 年兵庫県公安委員会規則第2号)第2条各号に掲げる者に該当しないこと。
- ③知事が、上記①及び②を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公営企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。

〈質問〉 下記の期間の活動状況についてお聞きます。「同居以外のだれかとの交流」の頻度と意欲について可能な範囲でお答えください。

- 表の①から④の4種類の活動それぞれについて、
- ・参加した日数(なければ「0(ゼロ)」と記入してください)
 - ・参加意欲「してみたい」「続けたい」をお答えください。

これまで参加していない場合でも、それぞれの活動を「してみたい」と思うか回答して下さい

※参加した日数がなければ「0(ゼロ)」と記載	令和4(2022)年 ~ 令和5(2023)年						今現在、それぞれの活動を「してみたい」「続けたい」ですか				
	R4 5~6月	7~8月	9~10月	11~12月	R5 1~2月	3~4月	1	2	3	4	5
①自治会・老人クラブの活動	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	1	2	3	4	5
②ボランティアのグループ活動	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	1	2	3	4	5
③趣味やスポーツのグループ活動	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	1	2	3	4	5
④就労活動(他者と関わるもの)	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	月平均 日	1	2	3	4	5

(以下は、兵庫県耳鼻咽喉科医会のアンケート項目になりますので、あわせてご回答下さい。)

年齢 _____ 性別 _____

質問1 最近聴力検査（健康診断を含む）を受けたことはありますか？

1年以内、2～3年以内、5年以内、5～10年前、10年以上受けていない

質問2 今の聴こえの状況をお答えください。

A～Jの問いのそれぞれに、1～5のうちからあてはまる欄一つに○印を付けてください。(各行1か所のみ)

		1	2	3	4	5
		いつも聞き取れる	聞き取れることが多い	半々くらい	聞き取れないことが多い	いつも聞き取れない
静かな所で、家族や友人と1対1で向かいあって会話する時、聞き取れる	A					
家の外のあまりうるさくないところで会話する時、聞き取れる	B					
買い物やレストランで店の人と話す時、聞き取れる	C					
うしろから近づいてくる車の音が、聞こえる	D					
電子レンジの「チン」という音など、小さな電子音が聞こえる	E					
うしろから呼びかけられた時、聞こえる	F					
人ごみの中で会話が聞き取れる	G					
4、5人の集まりで、話が聞き取れる	H					
小声で話された時、聞き取れる	I					
テレビのドラマを、周りの人々がちょうどよい大きさに聞いている時、聞き取れる	J					

キ
リ
ト
リ
線

質問3 補聴器適合・調整を行う専門職の資格「認定補聴器技能者」があることをご存知でしたか。

いいえ・はい

質問4 耳鼻咽喉科医師の中に研修を受けた「補聴器相談医」の制度があることをご存知でしたか。

いいえ・はい

(このページは白紙です)

様式第 1 号 (第 3 条関係)

補助金交付申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

- ① 本人氏名： _____
(申請者)
 申請者氏名： _____ (続柄： _____)、電話番号： _____
- ② 住 所： (〒 _____) 兵庫県 _____ 市・町
(本人)
- ③ 送付先住所： (〒 _____) _____ 市・町
(申請者)
②と同じ場合は記載不要
- ④ 日中に連絡可能な電話番号： _____
- ⑤ 生年月日： _____ 年 月 日 ⑥ 性別： (男 ・ 女)

令和 5 年度において、補聴器活用状況調査事業を下記のとおり実施したいので、補助金 _____ 円を交付願いたく補助金交付要綱第 3 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業の内容及び経費区分 (別記)
- 2 事業の着工予定年月日 令和 5 年 4 月 1 日
 事業の完了予定年月日 令和 6 年 3 月 31 日

別 記

収 支 予 算 書

1 収入の部

科 目	予 算 額	摘 要
ア 県補助金	円	
イ 市町補助金	円	
ウ 自己資金	円	
計	円	

2 支出の部

科 目	予 算 額	摘 要
需用費	円	補聴器購入費
計	円	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

キ
リ
ト
リ
線

記載例

様式第1号（第3条関係）

様式2-3

補助金交付申請書

書類を郵送する日を記載してください。

令和5年5月1日

兵庫県知事 様

- ① 本人氏名： 兵庫 花子
申請者氏名： 神戸 花美（続柄：子）、電話番号：080-9876-5432
- ② 住所：（〒 650-8567 ） 兵庫県 神戸市中央区
（本人） 下山手通5-10-1
- ③ 送付先住所：（〒 530-8201 ） 大阪府 大阪市北区
（申請者）
②と同じ場合は記載不要 中之島1丁目3-20
- ④ 日中に連絡可能な電話番号：090 - 1234 - 5678
- ⑤ 生年月日：昭和20 年 5 月 5 日 ⑥ 性別：（ 男 ・ 女 ）

令和5年度において、補聴器活用状況調査事業を下記のとおり実施したいので、補助金 20,000 円 を交付願いたく補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添え

【お住まいの市町（明石市、相生市、養父市、稲美町）からも補助金を受けられる方】

①「補聴器の費用」— ②「市町から補助される助成金」

① - ②が2万円以上の場合、「20,000円」と記載してください。

① - ②が2万円以下の場合、実際の金額を記載してください。

1 事業の内容及び経費区分（別記）

2 事業の着工予定年月日

令和5年4月1日

事業の完了予定年月日

令和6年3月31日

収 支 予 算 書

1 収入の部

科 目	予 算 額
ア 県補助金	20,000 円
イ 市町補助金	30,000 円
ウ 自己資金	200,000 円
計	250,000 円

1 ページ目「補助金交付申請書（様式2-3）」で記載した金額と同額を記載してください。

【お住まいの市町からも補助金を受けられる方】
市町にも申請している場合は助成金の金額を、そうでない方は「0円」と記載してください。

補聴器の領収書に記載されている金額から「ア」「イ」を除いた金額を記載してください。
「補聴器金額」-「ア」-「イ」=「ウ」

合計金額を記載してください。

2 支出の部

科 目	予 算 額	摘 要
需用費	250,000 円	補聴器購入費
計	250,000 円	

補聴器の領収書に記載されている金額を記載してください。

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

様式2-4

補聴器活用状況調査事業所要額調査書

(氏名)

1 総括表

(単位:円)

補聴器の購入額 A	県以外からの補助額 (市町等からの助成金の 金額) B	差引額 C(A-B)	県費補助 基準額 (上限2万円) D	県費補助基本額 (CおよびDを比較して 少ない額) E
			20,000	

記載例

様式2-4

氏名を記載してください。

(氏名) 兵庫 花子

補聴器活用状況調査事業所要額調査書

市町等からの助成金の金額を記載してください。
市町等からの助成金がない場合は「0」と記載してください。

1 総括表

		(単位:円)		
補聴器の購入額	県以外からの補助額 (市町等からの助成金の 金額)	差引額	県費補助 基準額 (上限2万円)	県費補助基本額 (CとDを比較して 少ない額)
A	B	C(A-B)	D	E
250,000	30,000	220,000	20,000	20,000

補聴器販売店に作成を依頼してください。

様式 2-7

(兵庫県高齢者補聴器活用調査事業)

補聴器適合に関する報告書

年 月 日

認定補聴器専門店 _____

認定補聴器技能者 _____

住 所 電 話 _____

補聴器の適合を下記のように実施しました。調整後(使用時)の結果(特性図等)を添付して報告します。

ふりがな

居住地

氏 名 _____ 様 年齢 _____ 歳 男 女

_____ 市・町

1. 適合した耳 右耳 左耳 両耳装用
その理由 医師の指示 試聴結果 本人希望 家族希望
 その他 _____

2. 選定した補聴器

メーカー名 _____

機種(モデル名) _____

メーカー希望小売価格 _____ 円(1台)

耳あな型 耳かけ型 ポケット型 骨導式 その他 _____

当該機種の最大出力 _____ dB SPL (カタログの表示値)

最大音響利得 _____ dB (カタログの表示値)

使用している機能

ボリウム 雑音抑制 指向性 ハウリング抑制 オープンイヤタイプ

Tコイル ブルートゥース FM等無線送受信装置 リモコン

その他の機能 _____

3. 試聴期間 あり (_____ 週間) なし

4. 装用効果の印象 両耳装用 右耳装用 左耳装用)

本人の印象 _____

家族の印象 _____

技能者の印象 _____

5. 新規購入についての報告事項
調整に関する補聴器技能者のコメント

6. 補聴効果の確認に用いた方法（「販売店における補聴効果の確認法」より抜粋）に○（複数選択可）

- 1. 語音明瞭度測定
- 2. 装用閾値の測定
- 3. 装用時の語音聴取閾値（SRT）
- 4. 補聴器特性図とオーディオグラムを用いた装用閾値の簡易推定法（ファンクショナルゲイン）
- 5. 環境騒音が我慢できる範囲になっているかを確認する方法
- 6. 質問紙法
- 7. 簡易評価法（朗読などの音源を提示して、聞き取り改善されているか確認）
- 8. その他の方法（具体的に：

7. 上記、補聴効果の確認に用いた方法の結果や、補聴器特性図などの資料を添付すること

8. 紹介元医療機関名：