

5 難聴児補聴器購入費助成事業について

難聴児補聴器購入費助成事業の事務処理にあたっての留意事項

1 助成対象となる目安について

○1 ページ「4 交付対象児」

- ・助成対象年齢は、申請時点での年齢で判断してください。
- ・(2) 両耳の聴力レベルが30dB以上で身体障害者手帳交付対象とならない児童であるかを御確認ください。片耳の聴力が30dB以下であれば本助成事業の対象となりません。

○3 ページ「別表」

- ・補聴器の種類は実施要項別表に定めたとおりであり、基準外はありません。

○11 ページ

- ・(3) FM型受信機、FM型ワイヤレスマイクは助成対象とはなりません。

2 県補助金について

- ・ 県の補助額は、原則、予算の範囲内となりますので、県の予算を超えた場合、満額補助とならない場合があります。
- ・ 実績報告書をもとに内示しますので、計上漏れがないようにしてください。

3 令和5年度スケジュールについて

■翌月15日まで各市町村実績報告書提出(15日が土、日、祝日の場合は直前の営業日)

■1月中旬 各市町村へ当該事業に係る交付申請書の提出を依頼(提出期限2月下旬)

※ 交付申請書の提出にあたっては、原則助成対象者が市町村に助成申請書を提出した者のみ対象とする。

■2月中旬 関係市町村へ交付決定通知

※ 交付決定後、助成不要となった場合は、県担当者に事前連絡し、場合によっては、実績報告書の提出までに変更申請書を提出。

■2月中旬 関係市町村へ実績報告書提出依頼(提出期限 3月中旬)

■3月中旬 関係市町村へ額確定通知

■4月～ 関係市町村へ補助金支払

※上記は、現時点での見込みであるため、前後することがあります。

熊本県難聴児補聴器購入費助成事業実施要項

1 事業の目的

この要項は、身体障害者手帳の交付対象とならない軽度・中等度の聴覚障がいのある児童（以下「難聴児」という。）に対して、補聴器の装用による音声言語能力の向上や、等しく学び、成長できる環境を確保し、コミュニケーション能力等の成長に寄与するため、補聴器の購入費用の一部を助成し、もって難聴児の福祉の増進を図ることを目的とする。

2 定義

この要項において、「補聴器購入費」とは、新たに補聴器を購入する経費又は別表に定める耐用年数が経過した後に補聴器を更新する経費をいう。

3 事業実施主体

本事業の実施主体は、市町村とする。

4 交付対象児

助成金の交付対象児は、次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- （1） 熊本県内に住所を有していること。
- （2） 両耳の聴力レベルが30dB以上で、身体障害者手帳の交付の対象とならないこと。
- （3） 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。

5 所得制限

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第76条第1項ただし書に規定する、補装具費支給制度の所得制限を準用する。

6 助成額

市町村は補聴器の種類に応じ別表に定める1台当たりの基準価格の範囲内で、補聴器購入費の3分の2を限度に助成する。

7 県の補助

県は、市町村に対し、その助成した額の2分の1以内を補助する。

8 交付申請

助成金の交付を希望する交付対象児の保護者（以下「申請者」という。）は、助成金交付申請書に以下に掲げる書類を添えて、市町村長に申請するものとする。

- （1） 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師が、交付対象児の聴力検査を実施した上で交付した意見書
- （2）（1）の意見書の処方に基づき、補聴器販売事業者が作成した補聴器の見積書

(3) その他市町村が必要と認めるもの

9 交付決定等

市町村長は、交付申請の内容を審査し、助成金の交付又は却下を決定する。この場合において、市町村（熊本市は除く。）は、必要があると認めるときは、熊本県福祉総合相談所に対し専門的な技術的助言を求めることができる。

10 補聴器の購入

申請者は、9の規定による交付決定後速やかに、補聴器販売事業者において、補聴器を購入するものとする。

11 助成金の請求及び支払い

助成金の請求及び支払方法は次に定めるとおりとする。

- (1) 10の規定により補聴器を購入した申請者は、請求書に補聴器の購入にかかる領収書を添えて、市町村長に請求するものとする。
- (2) 市町村長は、(1)により請求があったときは、内容を審査の上、別表に掲げる基準価格と実際の購入価格とを比較して少ない方の額の3分の2を上限として、助成金を支払うものとする。
- (3) 市町村は、申請者の利便性を考慮し、上記(1)及び(2)によらず、申請者に支払うべき額を上限として、申請者に代わり補聴器販売業者に支払うことができる。

12 県補助金の交付

知事は、別に定める補助金交付要領により、予算の範囲内で11の(2)に規定する市町村が助成した額の2分の1(1,000円未満の端数は切り捨てる。)を補助するものとする。

13 関係帳簿の作成

市町村は、補聴器購入費の助成に当たり、難聴児補聴器購入費助成台帳（別紙様式）を備え、必要な事項を記載するものとする。

附 則

この要項は、平成24年9月19日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

この要項は、平成26年1月29日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

この要項は、平成30年7月5日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

別表

補聴器の種類	1台当たりの基準 価格（円）	基準価格に含まれるもの	耐用年数
軽度・中等度難聴用ポケット型	43,200 円	①補聴器本体（電池を含む。） ②イヤーマールド （注）イヤーマールドを必要としない場合は、基準価格から 9,000 円を除く。	原則として 5年
軽度・中等度難聴用耳かけ型	52,900 円		
高度難聴用ポケット型	43,200 円		
高度難聴用耳かけ型	52,900 円		
重度難聴用ポケット型	64,800 円		
重度難聴用耳かけ型	76,300 円		
耳あな型（レディメイド）	87,000 円	補聴器本体（電池を含む。）	
耳あな型（オーダーメイド）	137,000 円		
骨導式ポケット型	70,100 円	①補聴器本体（電池を含む。） ②骨導レシーバー ③ヘッドバンド	
骨導式眼鏡型	127,200 円	①補聴器本体（電池を含む。） ②平面レンズ （注）平面レンズを必要としない場合は、基準価格から 1 枚につき 3,600 円を除く。	

備考

- （１）補聴器の種類によっては対象者に条件がある。（詳細は、難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書裏面の難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点を参照すること。）
- （２）デジタル式補聴器で、補聴器の装用に関し、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。

別紙

難聴児補聴器購入費助成台帳

市町村名: _____

単位: 円

支給 番号	申請受付 年 月 日	対象児童名	生年月日	住所地	保護者名	支給決定 年 月 日	補聴器 の種類	装用耳	補聴器購入事業者 名	支 給 年月日	購入費等 の額	助成対象 額	利用者 負担額	支給金額	区 分 (新規・更新)	備考

- (注)補聴器の種類
- (1) 軽度・中等度難聴用ポケット型
 - (2) 軽度・中等度難聴用耳かけ型
 - (3) 高度難聴用ポケット型
 - (4) 高度難聴用耳かけ型
 - (5) 重度難聴用ポケット型
 - (6) 重度難聴用耳かけ型
 - (7) 耳あな型(レディメイド)
 - (8) 耳あな型(オーダーメイド)
 - (9) 骨導式ポケット型
 - (10) 骨導式眼鏡型

難聴児補聴器購入費等助成金交付意見書(6歳未満)				
氏 名		男 ・ 女	H R	年 月 日生(歳)
住 所				
障がいの種類	・ 伝音性難聴 ・ 混合性難聴 ・ 感音性難聴		ABR・ASSR閾値 (年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
補聴器の装用効果	右	有 ・ 無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
	左	有 ・ 無	(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
補聴器の種類 (処 方)	1. 補聴器の種類 ┌ 重度難聴用 ├ 高度難聴用 └ 軽度・中等度難聴用 耳かけ型 その他の型式() 理由		(年 月 日ABR・ASSR)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
	装用耳 (右 ・ 左 ・ 両) イヤーマールド(要 ・ 不要) 2. 現在までの補聴器装用の有無 右 (有 ・ 無) 左 (有 ・ 無)		COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
現在までの障がいの状況(治療の内容、期間、経過)・意見をご記入ください。			COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
耳鼻疾患の有無及び障がいの状況			COR・PLAY・標準純音(年 月 日実施)右 dB、左 dB 検査機関名 医師氏名 印	
1 意見書の記載は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項に規定する都道府県知事の定める医師に限る。 2 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に基づく支給等を優先して受けるよう取り扱うこととする。				
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印				

※意見書を作成する上での留意点につきましては、裏面をご覧ください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

＜対象児＞

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・〇〇市(町・村)内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB 以上で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- ・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。

補聴器の種類(処方)

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・重度難聴用:90dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・高度難聴用:70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・軽・中等度難聴用:40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳掛け型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳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。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- (1)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2)その他、留意すべき事項もこの欄に御記入ください。

検査結果

- (1)補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。
- (2)ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。
- (3)ASSR閾値は、周波数 500、1,000、2,000Hz の音に対する値を、各々a・b・c とし、 $(a+2b+c)/4$ により算出してください。
- (4)検査結果は検査方法に○を、直近3回の検査結果を時系列で検査年月日及び結果を記入してください。
- (5)3回の検査の間隔は、最低でも2週間空けてください。

※不明な点は住所を有している市町村にお問い合わせください。

難聴児補聴器購入費助成金交付意見書作成上の留意点

<対象児>

次の要件をすべて満たす18歳未満の難聴児とする。

- ・〇〇市(町・村)内に住所を有していること。
- ・両耳の聴力レベルが30dB 以上で身体障害者手帳の交付対象とならないこと。
- ・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。

聴力

- ・気導・骨導聴力をご記入ください。

補聴器の種類(処方)

- ・原則両耳装用です。片耳装用の場合は、理由を記載してください。

重度難聴用、高度難聴用、軽・中等度難聴用

- ・重度難聴用:90dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・高度難聴用:70dB以上の難聴に対応できる補聴器
- ・軽・中等度難聴用:40～70dBの難聴に対応できる補聴器

※上記はおおよその目安であり、聴力型や試聴の結果などによって適応は異なるため、適合状況の確認をお願いします。

片耳装用の場合

- ・装用効果欄に左右それぞれの装用効果の記載をお願いします。
- ・意見欄に片耳処方の理由と片耳装用での効果の記載をお願いします。

ポケット(箱)型、耳かけ型、耳あな型

- ・耳かけ型以外の処方の場合は理由を記載してください。

(参考) 支給対象者

耳かけ型	職業上又は教育上真に必要な者。
耳あな型	ポケット(箱)型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者。特に、オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳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。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

障がいの状況・意見

- (1)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (2)その他、留意すべき事項もこの欄を御利用ください。

検査結果

- (1)補聴器の調節の目安になりますので、正確に記入してください。

※不明な点は住所を有している市町村にお問い合わせください。

意見書チェック表

以下の項目について、確認を行っていただき、市町村で内容を審査してください。

備考欄に「熊本県福祉総合相談所あてに判定依頼を行ってください。」と明記している項目に該当があった場合のみ、熊本県福祉総合相談所あてに判定依頼を行ってください。

ただし、意見書を記入した医師が伊勢桃子医師である場合は、熊本県福祉総合相談所への判定依頼は不要です。

NO	意見書確認項目		確認	備考
1	補聴器の装用効果が右、左ともに有るか。 装用耳は両耳か。			①意見書装用効果欄及び意見欄で効果の確認を行ってください。 ②意見書の記入内容で確認が難しい場合は、意見書を記載した医師へ確認を行い、片耳装用での効果が確認できる場合は適と判断してください。 ③上記①、②で確認を行った上で、判断に迷った場合は、熊本県福祉総合相談所あてに判定依頼を行ってください。
2	補聴器の種類は軽度・中等度難聴用か。			(高度難聴用の場合) ①身体障害者手帳の対象者に該当しないか確認を行ってください。 ②難聴児が試聴を行い、適合していることを確認したか業者に確認し、適合を確認できれば適と判断してください。 (重度難聴用の場合) ①身体障害者手帳の対象者に該当しないか確認を行ってください。 ②高度難聴用、重度難聴用ともに難聴児が試聴を行い、高度難聴用では足りないことを業者に確認した上で、適と判断してください。
3	耳かけ型か。			耳かけ型以外の場合は、その理由について意見書裏面の留意点に例示された理由と比較し、問題がない場合は適と判断してください。理由が意見書の留意点と異なり、医学的理由により判断に迷うものは、熊本県福祉総合相談所あてに判定依頼を行ってください。
4	イヤーマールドの要・不要は記入してあるか。			意見書の要・不要に基づき、補助対象経費に計上してください。
5	6歳未満	COR・PLAY・標準純音の検査は3回実施してあるか。		①左記の条件に該当しない場合は、医師に左記の条件を満たす検査結果がないか確認してください。 ②左記の条件を満たす検査結果がない場合は、条件を満たすよう再検査を依頼してください。 ③片耳でも30dB未満の場合は、対象外として判断してください。
6		COR・PLAY・標準純音の3回の検査結果は、すべて30dB以上か。		
7		COR・PLAY・標準純音の3回の検査の間隔は最低でも2週間空けてあるか。		
8		COR・PLAY・標準純音の最初の検査と直近の検査間隔が1年未満か。		

9	6歳未満	COR・PLAY・標準純音の検査結果がなく(回数が足りず)、ABR・ASSR閾値が主な記載内容になっていないか。	(ABR・ASSR閾値だけでなく、COR・PLAY・標準純音の検査結果も記入してある場合) COR・PLAY・標準純音の検査結果をもとに、適するか判断してください。 ※ABR・ASSR閾値の検査は必須ではありません。ABR・ASSR閾値の検査はCOR・PLAY・標準純音の検査ができない方に対する検査です。COR・PLAY・標準純音の検査結果が記入してある方は、その値を優先し、判断を行ってください。
			(ABR・ASSR閾値だけが記入してあり、COR・PLAY・標準純音の検査結果が記入していない場合) ① 意見書チェック表NO5、6、7の条件を満たす検査結果がないか、医師に確認してください。 ② COR等の検査が困難な場合、理由を確認の上、熊本県福祉総合相談所へ判定依頼を行ってください。
10		検査機関名は記載してあるか。	検査機関名は、必須ですので、記載がない場合、確認を行ってください。確認するのは、保護者で構いません。保護者が分からない場合は、意見書記載医師の医療機関に確認してください。(医師名、印については、任意で構いません。)
11	6歳以上	聴力は30dB以上か。	片耳でも30dB未満の場合は、対象外として判断してください。
12	意見書記載日から申請受付までの期間は3ヶ月以内であるか。		①3ヶ月以上経過した意見書が添付されている場合は、意見書を記載した医師に状態の変化がないか確認してください。 ②医師に確認し、状態の変化が考えられる場合は、左記の条件を満たすような意見書を添付のうえ、再度申請いただくよう申請者に説明してください。

熊本県難聴児補聴器購入費助成事業に関するQ & A
※意見書の記載事項に関しては、別紙意見書チェック表を参照してください。

No	熊本県難聴児補聴器購入費助成事業実施要項該当箇所	質問内容	回答
1	2 定義	児童が誤って、補聴器を壊した場合の修理費は対象となるか。	補装具と異なり、修理は対象外になります。ただし、購入費の助成を受けた者の責任によらない災害等の事情により補聴器が毀損した場合は修理費も対象となります。
2	2 定義	耐用年数は原則5年となっているが、成長により合わない場合は再支給を認めるのか(再支給の考えは全て補装具と一緒に)。	本事業では、原則5年以内の更新を認めていませんので、成長により合わない場合、再支給の対象とはなりません。補装具とは異なり修理は対象になりませんので、御注意ください。
3	2 定義	FM型受信機、FM型ワイヤレスマイク(送信機)、(オーディオチュー)は助成対象となるか。	助成対象となりません。
4	4 交付対象児	18歳未満が対象だが、いつの時点での年齢が基準になるのか。 また、18歳以上でも高校生の場合などは対象としてよいのか。	対象児の18歳未満とは、申請時点の年齢とします。 また、年齢のみで判断し、高校生であることなどは考慮しません。
5	4 交付対象児(1)	この事業について、居住地特例は該当するか。	補聴器購入費等助成事業の交付決定については、原則として、対象児の居住地の市町村が行ってください。ただし、居住地原則の例外として、障害児入所施設、指定医療機関の入所・入居児については、入所等する前に居住地を有していた市町村を交付決定の実施主体として取り扱います。
6	4 交付対象児(2)	手帳該当者でも、保護者が児童の障害者手帳を申請したくない場合の対応は？	「身体障害者手帳の交付対象とならないこと。」が助成の要件の一つになりますので、この事業で助成を受けることはできません。保護者には、事業の趣旨を説明し、身体障害者手帳の取得及び補装具費支給制度について御説明ください。
7	4 交付対象児(2)	身体障害者手帳を所持していたが、現症が非該当で補装具の支給ができなかった児童がこの助成事業を利用する際には、手帳の返還が必要か。	身体障害者福祉法別表に掲げる障害を有しなくなったと認められる場合は、同法第16条第1項の規定により、身体障害者手帳を返還していただくこととなります。
8	6 助成額	見積書の仕入れ時の消費税相当分4. 8/100については、どのように考えればよいのか。	県実施要項の基準価格は、仕入れ時の消費税も含めた額です。 補装具のように、基準額に104. 8/100を乗じた額を実際の補助額とはしません。
9	6 助成額	補装具では、耳かけ型の装用が難しい乳幼児がベビークロス型として、骨導補聴器を使用されるお子さんがヘッドバンド型として、耳かけ型を改造した補聴器を使用される希望があり、支給された例があるが、必要な理由が認められれば特例として認められるのか。	補聴器の種類は、別表に定めたとおりであり、基準外はありません。
10	8 交付申請	差額自己負担で高額な補聴器に変更する際には、行政でも希望機種について把握するように文書(同意書・希望機種分の見積書など)の提出を求めるのか。	県がお示した難聴児補聴器購入費助成金交付申請書の様式例では、差額自己負担による機種変更を希望する場合、当該希望補聴器機種の見積額を記入していただく欄を設けていますが、これとは別に同意書や見積書の提出を求めることは考えていません。市町村において、必要があると判断されれば、提出を求められても構いません。

11	8 交付申請	寄付金とは何のことですか。	熊本善意銀行の助成金などです。
12	8(1)意見書	軽・中度/高度/重度の区切りはどのように区切るのか。	意見書の裏面、「意見書作成上の留意点」を目安にしてください。(あくまでも目安であり、明確な区切りはありません。)
13	8(1)意見書	装用耳、イヤーマールド等の記入洩れがあった場合、聞き取りにもとづいて記入してよいか。	記入の不備については、聞き取りにもとづいて記入いただいて構いません。(聞き取った内容を記録しておいてください。)
14	8(1)意見書	初めて補聴器を装用するため、まずは片耳装用し、1～2年経過後、もう片耳装用する場合、補助の対象となるか。	医師の意見書に基づき、両耳同時装用ではなく、片耳ずつ装用でも効果が認められる場合は、片耳ずつの支給を認めて構いません。
15	8(1)意見書	耳あな型の支給理由として、以下の理由は適当か。 理由1:眼鏡を使用しているため。 理由2:補聴器は目立つため。	眼鏡を着用していても、耳かけ型が装用できる方々もいるため、理由1、2は、耳あな型の支給理由にはなりません。 ただし、この場合でも、差額自己負担で耳あな型を購入いただくことは認めて構いません。 なお、耳あな型の支給理由として、小耳症(耳かけ型が装用できないくらい小さい耳の状態)等は適当と判断いただいて構いません。
16	8(1)意見書	縦軸が聴力レベル、横軸が周波数からなる表は、どのように確認したらよいか。	周波数500、1,000、2,000の音に対する値を、各々(a+2b+c)/4により算出した数が聴力レベルとなっているか確認ください。右耳は○、左耳は×で記入して、右耳は実線で左耳は破線で結んであります。
17	9 交付決定等	来所審査は行わないのですか。	県においては、来所審査は求めません。熊本市においては、熊本市更生相談所と協議いただくようお願いします。
18	9 交付決定等	相談所に判定依頼をすると製品検査をしないといけない決まりがあるそうなのですが、この事業も判定後、製品検査をするのですか。	熊本県福祉総合相談所では製品検査は行いません。 市町村においては、最も適合した補聴器の給付ができるよう、難聴児に補聴器を試聴してもらい、その結果について補聴器販売業者に確認を行ってください。
19	9 交付決定等	ある市町村で当事業の助成決定をした後、引っ越しをして別の市町村で5年経過前に再申請をすることは可能ですか。また、履歴確認は本人申告のみか、前市町村に問い合わせまですべきですか。	耐用年数5年以内に再交付することはできません。 そのため、住民票の異動等があった場合は、前市町村に照会し、耐用年数を経過したことを確認の上、助成を行ってください。
20	10 補聴器の購入	補聴器販売事業者はどこでもよいか。	国による補装具の取扱指針では、業者の選定に当たって、(公財)テクノエイド協会が提供している情報を活用するよう定めていますが、県内の認定補聴器専門店は6ヶ所しかなく、そのうち4ヶ所が熊本市内にあります。このため、県では、利用者の利便性に配慮し、特に補聴器業者を限定していません。

難聴児補聴器購入費助成事業スケジュールについて

R7（2025）. 5. 30 障がい者支援課社会参加班

■ 翌月 15 日まで各市町村実績報告書提出（15 日が土、日、祝日の場合は直前の営業日）

■ 1 月中旬 関係市町村へ補助額内示

■ 1 月中旬 各市町村へ当該事業に係る交付申請書の提出を依頼（提出期限 2 月中旬）

※ 交付申請書の提出にあたっては、原則助成対象者が市町村に助成申請書を提出した者のみ対象とする。

■ 2 月中旬 関係市町村へ交付決定通知

※ 交付決定後、助成不要となった場合は、県担当者に事前連絡し、場合によっては、実績報告書の提出までに変更申請書を提出。

■ 2 月中旬 関係市町村へ実績報告書提出依頼（提出期限 3 月中旬）

■ 3 月中旬 関係市町村へ額確定通知

■ 4 月～ 関係市町村へ補助金支払

※ 上記は、現時点での見込みであるため、前後することがあります。

【留意事項】

県の補助額は、原則、県の予算の範囲内となります。見込額の調査を行いますが、県の予算額を超えた場合、満額補助とならない場合がありますので、御留意ください。