

白内障補助眼鏡・補聴器購入費等助成について

白内障補助眼鏡や補聴器等の購入に係る費用を助成します。

助成対象品目	対象者 ※下記のいずれにも該当する人	助成基準額	利用にあたっての 留意事項
白内障補助 眼鏡用レンズ	(1)加齢性白内障の治療のための手術 を受けた日において市内に住所を有 し、現に居住している65歳以上の 人 (2)視力矯正のため、補助眼鏡を使用 する必要があると医師が認める人	購入費用の2分の1以内とし、 10,000円まで (1人1回限り、1対のみ) ただし、手術後1年以内に購入 したものに限る。	①申請には指定の 用紙による医師の 証明が必要です。 ②片目ずつ手術し た場合でも助成は 1回のみになりま す。
補聴器	(1)補聴器を購入した日において市内 に住所を有し、現に居住している 65歳以上の人 (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人	購入費用の2分の1以内とし、 30,000円まで (※1人1回限り、1台のみ)	①集音器は助成の 対象外となりま す。
ストマ用装具	(1)ストマ用装具を購入した日におい て市内に住所を有し、現に居住して いる65歳以上の人 (2)ぼうこう又は直腸機能障害による 身体障害者手帳の交付を受けていな い人 (3)他の制度で給付又は助成を受けて いない人	蓄尿袋 6,000円まで(1箇月) 蓄便袋 5,000円まで(1箇月)	

※補聴器の購入費助成に関して：令和5年3月31日までに助成を受けた方は、新しく購入した補聴器に対して、再度1回限り助成を受けることができます。

申請の手続き ※対象品目を購入してからの手続きになります。

- 申請書類
 - 白内障補助眼鏡・補聴器購入費等助成金交付申請書
※窓口で申請する際には、口座番号がわかる通帳等をお持ちください。
 - 白内障補助眼鏡用レンズ購入費助成金交付申請用証明書（白内障補助眼鏡に限る）
※手術を受けた医療機関で証明を受けてください。費用がかかる場合があります。
 - 領収書 ※購入者・購入日・購入品目等の内容をわかりやすく記入してもらってください。（例 眼鏡代 内訳…フレーム代〇〇円、レンズ代〇〇円）
- 提出先 高齢介護課（総和福祉センター「健康の駅」）
市民総合窓口課（総和庁舎）、市民総合窓口室（古河庁舎・三和庁舎）
- 提出期限 対象品目を購入した日の翌日から起算して1年以内

●○●問合せ先●○● **※ 内容に変更が生じることがございますので下記までお問い合わせください**
古河市役所 高齢介護課
住所 〒306-0221 古河市駒羽根1501「健康の駅」
電話 0280-92-4921（直通）