（様式第１号）

旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業

参加申込書

年　　月　　日

（宛先）旭　川　市　長

　旭川市介護予防高齢者聞こえ支援モデル事業について、下記のとおり参加を希望します。また、私は、本事業への参加に先立ち、次の事項に同意します。

・旭川市が、申請資格要件の確認のため、住民基本台帳上の情報、聴覚障害による身体障害者手帳の取得状況、聴覚障害による補聴器（補装具購入費）の支給の有無を確認すること。

・旭川市が、補聴器の購入に係る情報を補聴器販売事業者等に確認すること。

・補聴器購入に伴う生活状況の変化等についてのアンケート調査に回答すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参加申込者**  **（補聴器利用希望者）** | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  旭川市 |
| 電話番号 | （　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

※受付期間は令和７年６月２日～令和７年７月３１日（必着）です

※参加申込者が１００人を超えた場合は抽選となります。

※参加申込書の提出後は、８月中旬頃に市から結果通知が届きますので、しばらくお待ちください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 受付印 | |  |   【旭川市記入欄】   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 受付番号 | 住民基本台帳 | 身体障害者手帳 | 資格要件 | 抽選番号 | |  |  |  |  |  | |