

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。

(補聴器利用希望者) 参加申込者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 旭川市
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日

提出書類 ※すべて提出してください

<input type="checkbox"/> 参加申込書	記入済みのもの（この用紙）
<input type="checkbox"/> 医師意見書	耳鼻咽喉科の医師の記入を受けたもの
<input type="checkbox"/> オーディオグラム (聴力検査結果)	耳鼻咽喉科で行った聴力レベルの検査結果

※受付期間 第1回：令和8年6月 8日から令和8年6月30日（消印有効）
第2回：令和8年8月10日から令和8年8月31日（ " ）

※応募できるのは、上記のうち、いずれか1回のみです。

※参加申込者が、各回において50人を超えた場合は、抽選となります。

※第1回に応募された方は7月中旬頃に、第2回に応募された方は9月中旬頃に、市から審査結果の通知が届きますので、しばらくお待ちください。

【旭川市記入欄】						受付印
受付回	受付番号	住基	障害	要件	抽選番号	
第1回・第2回						