

令和 年 月 日

(あ て 先)
松 戸 市 長

住所 _____

店舗名 _____

代表者名 _____

聞こえの支援事業 協力店舗申請書

下記の内容により申請します。

記

1 担当者

部署名 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

FAX 番号 () _____

2 店舗について 当てはまるものにチェック☑をつけてください。

- | |
|--|
| ☐ 認定補聴器専門店
☐ 認定補聴器技能者（店舗に在籍している場合はチェック） |
|--|

3 協力内容 内容をご確認の上、□に○を付けてください。

○を付ける	募集項目
	高齢者に対する適正な補聴器購入および聞こえに関する取り組みの提供

<< 2 枚目に続きます >>

4 具体的な内容および開始時期

【協力店舗で展開できること】

- ☐ 補聴器購入者に対する無料または低価格なメンテナンス
(具体的な内容：)
- ☐ メンテナンス未来所者に対するフォロー
(具体的な内容：)
- ☐ 無料の聞こえの相談
(具体的な内容：)
- ☐ 補聴器（サンプル器）の無料貸し出し
(貸出条件等があればご記載ください：)
- ☐ その他
(具体的な内容：)

【研修参加、地域活動に関すること】

- ☐ 聞こえの支援に関する情報収集や研修会等への参加
- ☐ 補聴器や認知症に関する講座の実施、または講座への協力
- ☐ 松戸市の資料（ケアパスなど）の配架、普及啓発への協力
- ☐ 地域包括支援センターとの連携（認知症サポーター養成講座・市民向け講座・ケースの情報共有等）

【その他、ご意見等がございましたらご記載ください】

()

郵送またはメールにて下記までご提出ください。

お問い合わせ先

松戸市役所 福祉長寿部 高齢者支援課 担当：小松、岡澤

住所：〒271-8588 松戸市根本 387-5

電話：047-366-7346 FAX：047-366-0991 E-Mail：mckaigoyobou@city.matsudo.chiba.jp