

協力医療機関・対象の補聴器販売店

「協力医療機関」「対象の補聴器販売店」はこちらの二次元コードからご覧いただけます。
(掲載されていない医療機関・販売店での受診・購入等は助成対象外です。)
医療機関の受診や補聴器の購入時には、最新の情報をご確認ください。



京都市地域介護予防推進センターのご紹介

地域介護予防推進センターは、高齢者の皆様が、介護を必要とせずいつまでも元気に暮らせるよう、京都市が市内12か所に設置している地域における介護予防の拠点です。
各センターでは担当地域内の様々な会場で運動や栄養、口の健康などに関する介護予防教室、身近な地域で自主的に介護予防に取り組んでみたい方への助言等を行っています。

<利用できる方>

京都市内在住の65歳以上の方
※運動制限を受けている場合や教室等の参加に個別の介助が必要な場合など、事業内容等により利用できない場合があります。

<利用料>

利用料は無料ですが、一部教材費等の実費相当分の負担がある場合があります。

▼ ご利用は、お住まいの地域のセンターまで

北 区 ☎075-494-0323	下京区 ☎075-361-1060
上京区 ☎075-417-4707	南 区 ☎075-693-6135
左京区 ☎075-707-2730	右京区 ☎075-881-0404
中京区 ☎075-801-0389	西京区 ☎075-392-7874
東山区 ☎075-551-2448	伏 見 ☎075-612-8156
山科区 ☎075-585-3092	深草・醍醐 ☎075-641-2543



運動教室



栄養教室



口の健康教室

聞こえの応援事業の「加齢性難聴の講座」や「運動教室等」の情報が申込み、お住まいの地域の推進センターまでお電話を。

聞こえの応援事業に関するご質問（申請方法、協力医療機関、対象の補聴器販売店など）は、京都市（P5）までお問合せください。



京都市
CITY OF KYOTO



京都市は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室健康長寿企画課
発行／令和8年8月 京都市印刷物第081226号



｜加齢性難聴の方へ｜

補聴器の購入費を助成します

【目 的】

補聴器の適切な使用により、介護予防活動や社会参加、認知症予防等につなげること。
加齢性難聴への理解を深め、早期発見につなげること。

【概 要】

助成額 上限 **3万円**

(両耳・片耳問わず補聴器本体に係る購入費の2分の1の額と3万円のいずれか少ない額)

申請受付 **令和8年10月1日 から開始**

(予算上限に達し次第、受付終了となる場合があります。)

申請期限 **補聴器を購入した翌日から1年以内**

(下の要件を満たす場合は、令和8年4月以降に購入した補聴器について申請できます。)

【対象者】

身体障害者手帳(聴覚障害)の交付を受けていない方で、次の1～5の要件を全て満たす方

詳しくは
中面をご覧ください

- 1 申請日時時点で京都市に住民登録があり、補聴器購入時点で満65歳以上の方
- 2 地域介護予防推進センターが実施する、加齢性難聴の講座に参加した方
- 3 協力医療機関で補聴器相談医等から「補聴器が必要」と判断された方
- 4 対象の補聴器販売店で補聴器を購入し、かつ調整を受けた方(購入前の試用期間を含む)
- 5 補聴器をつけて地域介護予防推進センターが実施する運動教室等に参加した方

●次の場合は、助成対象外となりますので、ご注意ください。

- ・本事業の「協力医療機関」以外を受診した場合や「対象の補聴器販売店」以外で購入した場合
- ・「医療機器認証を受けた補聴器」ではない場合(集音器等は対象外)

●上記要件2、5については、健康状態や就労状況等により、他の方法で認められる場合があります。詳しくは、P2、P4をご覧ください。

●交付の決定日から5年を経過した場合には、再度申請ができます。

京都市

聞こえの応援事業の手引き

申請までの基本ステップ

★印は助成要件確認書の該当欄（P8・9参照）

購入前

P2～P3

加齢性難聴や補聴器を“知る”

- 1 京都市聞こえの応援事業の手引き を入手する
- 2 地域介護予防推進センターで「加齢性難聴の講座」に参加する
「加齢性難聴の講座」欄★に記入してもらう
- 3 本事業の「協力医療機関」を受診
補聴器が | 不要と判断 | された場合
助成対象外
補聴器が | 必要と判断 | された場合
「医師の意見」欄★に記入してもらい、
「聴力検査結果の写し」を受け取る

購入 又は 試用開始後

P3～P4

補聴器を適切に使い、介護予防を“実践”

- 1 購入
対象の補聴器販売店で、
「補聴器を購入」する
※医療機器認証を受けた
補聴器に限る
「補聴器の購入」欄★
に記入してもらい、
「領収書」を受け取る
- 2 調整
購入した店で、
「補聴器の調整」を受ける
「補聴器の調整」欄★
に記入してもらう
- 3 介護予防活動等
補聴器をつけて、
地域介護予防推進センターの
「運動教室等」に参加する
「介護予防活動等」欄★
に記入してもらう

助成金の交付申請

P5

市の審査 及び 交付・不交付の決定

交付の場合 ⇒ 助成金の受取（銀行等口座への振込み）

後日、市から郵送する効果検証アンケートの回答に協力

詳しい手続きの流れ



購入前

京都市聞こえの応援事業の手引きを入手する

配布場所

市役所（北庁舎4階 健康長寿企画課）
各区役所・支所（健康長寿推進課）
各地域介護予防推進センター 他

聞こえの応援事業
案内ホームページ



上の二次元コードからも
入手できます
（ご自身で印刷が必要）

地域介護予防推進センターで「加齢性難聴の講座」に参加する

加齢性難聴や補聴器に関する理解を深め、
チェックシートによる聞こえのセルフチェックを行っていただきます。

講座情報の確認

右上の二次元コードから
又は
お住まいの地域の
推進センターへ電話
（裏表紙）

事前申込

お住まいの地域の
推進センターへ電話

参加・必要書類をもらう

- ①助成要件確認書を持って、
指定の日時・会場で受講
- ②助成要件確認書の
「加齢性難聴の講座」欄に
記入してもらう

原則、上記講座の参加を要件としますが、
次の方は講座への参加以外の方法で、
この要件を満たすことができます。



- 就労のため平日の日中に開催される講座を受講できない方
- 要介護認定を受けている方や聴覚障害以外の身体障害者手帳の交付を受けている方 など
⇒ オンライン講座等をご案内しますので、右上の二次元コードに掲載の電子フォーム
からお申し出ください。（状況確認のため、就労や認定状況等の入力が必要です。）
⇒ 二次元コードの読み取りが難しい場合は、京都市（P5）へお問い合わせください。
- すでに協力医療機関を受診し、講座と同等の説明を受けた方
⇒ 協力医療機関により助成要件確認書の「医師の意見」欄の
「資料を用いて説明済」に✓の記入が必要です。

□ 「協力医療機関」の受診（補聴器の必要性の判断）

3

協力医療機関を探す

協力医療機関の中から
受診先を決める



受診

助成要件確認書
を持って、
診察を受ける



補聴器が必要と判断された場合

- ①助成要件確認書の「医師の意見」欄に
記入してもらう
- ②「聴力検査結果の写し」
を受け取る



【注意事項】

- 受診料、検査料、
文書料（意見書作成料）等は自己負担です。
- 協力医療機関でない場合や
補聴器が必要でないと判断された場合は
助成対象外です。

購入後 又は 試用開始後

（調整及び介護予防活動等は補聴器の試用期間中の実施も可）

①～③の順序は問いません

□ 購入 | 対象の補聴器販売店で「補聴器を購入」する

1

対象の補聴器販売店を探す

対象の補聴器販売店の中から
購入先を決める



補聴器の購入

助成要件確認書を持って、
医療機器認証を受けた
補聴器を購入



必要書類をもらう

- ①助成要件確認書の
「補聴器の購入」欄に
記入してもらう
- ②領収書を受け取る



【注意事項】

- 領収書について、右記の項目が記載されていることをご確認ください。
領収書のみでは補聴器本体の金額が確認できない場合、
明細書など内訳がわかる資料を追加で添付してください。
- 助成要件確認書について、購入日、医療機器認証番号、販売店の名称、
認定補聴器技能者名等が記載されていることをご確認ください。
- 次の費用は助成対象外です。
 - ・対象の補聴器販売店以外で購入した補聴器
 - ・協力医療機関以外を受診されて購入した補聴器
 - ・令和8年3月までに購入した補聴器
 - ・補聴器以外（集音器、付属品単体、修理やメンテナンス等）の費用
- 補聴器の購入日（又は試用開始日）が、助成要件確認書の
「医師の意見」欄の日付から6か月以上経っている場合は助成対象外です。
- 補聴器の購入日の翌日から1年以内に申請が必要です。

【領収書】

宛名（補聴器
使用者本人の氏名）

補聴器本体の金額

購入物品の内容
（「補聴器」など）

日付・店舗名

□ 調整 | 補聴器を購入した店で「補聴器の調整」を受ける

（購入前の試用期間中に調整する場合は、補聴器を借りている対象の補聴器販売店で調整を受ける）

2

補聴器の調整

助成要件確認書を持って、
補聴器を購入した店で補聴器の調整を受ける
※試用の場合は、対象の補聴器販売店で
試用開始の翌日以降に再調整してもらう



必要書類をもらう

助成要件確認書の
「補聴器の調整」欄に
記入してもらう



【注意事項】

- 助成要件確認書について、
補聴器の調整実施日、販売店の名称、
認定補聴器技能者名等
が記載されていることをご確認ください。
- 試用対応の可否は各販売店により異なります。

＼ 補聴器をつけて /

□ 介護予防活動等 | 地域介護予防推進センターの「運動教室等」に参加する

3

問合せ・事前申込

お住まいの地域の
推進センターに電話し、
運動教室等の開講情報の問合せ、
参加申込を行う（裏表紙）

運動教室等に参加

助成要件確認書を持って、
運動教室等に参加する
（購入した又は試用期間中
の補聴器をご使用ください）

必要書類をもらう

助成要件確認書の
「介護予防活動等」欄に
記入してもらう



※栄養や口の健康に関する教室など、運動以外の教室もあります。
※教室の内容や実施日、実施場所などは、各センターによって異なります。

原則、上記教室の参加を要件としますが、下記①～⑤の方は、
教室への参加以外の方法で、本要件を満たすことができます。
詳細は京都市（P5）へお問い合わせください。

- ①定期的に介護サービス又は介護予防サービスを利用している方
- ②週1日以上就労している方
- ③地域介護予防推進センターが支援する通いの場に定期的に参加している方
- ④公共交通機関を利用して教室に行くことが困難な方（対象地域限定※）で、
定期的に介護予防又は社会参加活動に取り組んでいる方
- ⑤要介護認定を受けている方や聴覚障害以外の身体障害者手帳の交付を受けている方など

※対象地域は以下に限定しています。

- 北 区：小野郷学区、中川学区、雲ヶ畑学区
- 左京区：久多学区、花背学区、広河原学区、大原学区（古知平以北）
- 右京区：京北学区、水尾学区、宕陰学区、高雄学区（清滝川以西に限る。）、嵯峨学区（清滝川以西に限る。）、
- 西京区：大原野外畑町及び大原野出灰町の地域
- 伏見区：陀羅谷の地域



助成金の交付申請

必要書類の提出



申請に必要な書類

	必要書類	備 考
☐	助成金交付申請書兼請求書（P6）	指定様式（第1号様式）
☐	聞こえの応援事業助成要件確認書（P8、P9）	全ての要件欄に、必要な記載等があるもの
☐	聴力検査結果の写し	■ 協力医療機関からもらった結果の写し ■ 原本は送付しないでください
☐	補聴器購入に係る領収書の写し	■ 宛名（補聴器使用者本人の氏名）、補聴器本体の金額、購入物品の内容、日付、店舗名が記載されているもの ■ 領収書のみで補聴器本体の金額が確認できない場合は、明細書など内訳がわかる資料を追加で添付してください ■ 原本は送付しないでください
☐	その他市長が必要と認める書類	別途、京都市から提出を求められた場合のみ

申請方法

申請に必要な書類一式を、申請窓口へ郵送又は持参により、提出してください。
※郵送の場合は、「京都市保健福祉局 健康長寿のまち・京都推進室 健康長寿企画課 聞こえの応援事業担当 行」としてください。

申請窓口・お問合せ先

京都市保健福祉局 健康長寿のまち・京都推進室 健康長寿企画課
〒604-8571
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488 京都市役所北庁舎4階
電話：075-222-3417（聞こえの応援事業担当）
FAX：075-222-3416
（受付時間 午前9時～12時、午後1時～5時（土日祝・年末年始を除く））

聞こえの応援事業
案内ホームページ
《よくある質問》



効果検証アンケートへのご協力をお願い

助成金交付後に、京都市から「補聴器購入に伴う効果検証アンケート」をご案内いたします。
補聴器による聞こえの状況の変化等をお伺いするものですので、回答にご協力をお願いします。

第1号様式（第7条関係）

（宛先）京都市長

年 月 日

京都市聞こえの応援事業助成金交付申請書兼請求書

京都市聞こえの応援事業（加齢性難聴者の補聴器購入助成）実施要綱（以下、「要綱」という。）第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
申請に当たり、助成金交付の事務に必要な範囲で、京都市が申請者の住民基本台帳の登録状況、身体障害者手帳の交付状況を調査、閲覧すること、助成要件の適合状況の確認のため各関係機関に対して問い合わせることに同意します。

申請者 （助成対象者）	ふりがな		生年月日	大正・昭和 （満 年 月 日 歳）	
	氏 名				
	住 所	〒 京都市 区			
	電 話 番 号	（ ） ー			
	確 認 項 目	☐ 身体障害者手帳（聴覚障害に係るものに限る。）の交付を受けていない。 ☐ 過去5年以内に本事業の助成を受けていない。			
助成金額	購入費用 （ア）	アの1／2の額 （イ）	上限額 （ウ）	交付申請兼請求額 （イ又はウのどちらか少ない額）	
	円	円	30,000円	円	

振込先口座 ※ 原則、申請者名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義	（フリガナ）							

＜添付書類＞

- 要綱第4条第1項第2号に規定する介護予防講座を受講したことが確認できる書類（第4条第2項又は同条第3項により要件を満たしたものとみなす場合は、当該要件を満たしことが確認できる書類）
- 協力医療機関の補聴器相談医又は補聴器適合判定医師が作成した意見書及び聴力検査結果の写し
- 対象補聴器販売店等で購入した補聴器購入に係る領収書の写し（店舗名、補聴器の購入日、価格が記載されているもので、(2)の意見書の内容に応じて購入した補聴器に係るものに限る。）
- 対象補聴器販売店等が作成した認定補聴器技能者又は言語聴覚士（協力医療機関で購入した場合に限る。）の氏名、購入した補聴器の医療機器認証番号、補聴器の調整実施日が確認できる書類
- 要綱第4条第1項第4号に規定する介護予防プログラム等に参加したことが確認できる書類（第4条第4項により要件を満たしたものとみなす場合は、当該要件を満たしたことが確認できる書類）
- その他市長が必要と認める書類

（宛先）京都市長

記入例

年 月 日

京都市聞こえの応援事業助成金交付申請書兼請求書

京都市聞こえの応援事業（加齢性難聴者の補聴器購入助成）実施要綱（以下、「要綱」という。）第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

チェックをご記入ください。
ひとつでも該当しない項目がある場合は、本助成の対象外です。

に必要な範囲で、京都市が申請者の住民基本台帳
状況を確認、調査、閲覧すること、助成要件の適合状況
を照合すること、助成要件の適合状況
を照合することに同意します。

申請者 (助成対象者)	ふ	きょうと たろう		大正
	氏	京都 太郎		生年月日 昭和 ●●年 ●月 ●日 (満 70 歳)
	住	〒●●●-●●●● 京都市 中京 区 △△町9-99 △△マンション701号室		
	電話番号	(075) 123 - ××××		
確認項目	☒ 身体障害者手帳（聴覚障害に係るものに限る。）の交付を受けていない。			
	☒ 過去5年以内に本事業の助成を受けていない。			
助成金額	購入費用 (ア)	アの1/2の額 (イ)	上限額 (ウ)	交付申請兼請求額 (イ又はウのどちらか少ない額)
	240,000円	120,000円	30,000円	30,000円

日中に連絡を取れる
電話番号をご記入ください。

(イ)と(ウ)を比べて
少ない額を記入。

金融機関名は、銀行名や支店名等が
わかるように○印をつけてください。

振込先口座 ※ 原則、申請者名義の口座を記入

金融機関名	△△△ 銀行・信用金庫 信用組合・農協	京都	本店・支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	(フリガナ) キョウト タロウ	京都 太郎	

<添付書類>

- 要綱第4条第1項第2号に規定する介護予防講座を受講したことが確認できる書類（第4条第2項又は同条第3項により要件を満たしたものとみなす場合は、当該要件を満たしことが確認できる書類）
- 協力医療機関の補聴器相談医又は補聴器適合判定医師が作成した意見書及び聴力検査結果の写し
- 対象補聴器販売店等で購入した補聴器購入に係る領収書の写し（店舗名、補聴器の購入日、価格が記載されているもので、(2)の意見書の内容に応じて購入した補聴器に係るものに限る。）
- 対象補聴器販売店等が作成した認定補聴器技能者又は言語聴覚士（協力医療機関で購入した場合に限る。）の氏名、購入した補聴器の医療機器認証番号、補聴器の調整実施日が確認できる書類
- 要綱第4条第1項第4号に規定する介護予防プログラム等に参加したことが確認できる書類（第4条第4項により要件を満たしたものとみなす場合は、当該要件を満たしことが確認できる書類）
- その他市長が必要と認める書類

申請者名（本人記入欄）：



京都市聞こえの応援事業 助成要件確認書

聞こえの応援事業（加齢性難聴者の補聴器購入助成）の申請書類に添付いただく用紙です。
助成要件の確認のため、各機関から必要事項の記載等をしてもらってください。

加齢性難聴の講座

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

受講日：	年 月 日
推進センター名：	地域介護予防推進センター（担当： ）
【以下、本人記入欄（該当者のみ）】	
地域介護予防推進センターが実施する講座以外で対応する場合（P2）にご記入ください。	
☐ 京都市（P5）に問合せのうえ、別途指定された方法で受講等を行い要件を満たした。	
京都市問合せ日：	年 月 日 問合せ番号：

医師の意見

（ゴム印・スタンプ等使用可）

本事業の協力医療機関のみが記入できます。

補聴器が必要と認められない場合は、記入不要です。

※協力医療機関の受診（意見書）に生じる受診料、検査料、文書料（意見書作成料）等は、自己負担となります。

補聴器の必要性（必要な場合は□に✓を記入してください。）

☐ 必要 ※聴力検査結果の写しが必要です。

<参考> 補聴器の必要性判断の目安

- 両耳平均聴力レベル30dB以上（障害者手帳（聴覚）所持者除く）
※平均聴力レベルは身体障害者診断書・意見書に準じた4分法で算出
- 上記に該当しないが、補聴器相談医又は補聴器適合判定医師が必要と判断

【注意】説明いただいた場合のみ記入（説明は協力医療機関の任意です。）
※説明いただいた場合には、「加齢性難聴の講座」の代替になります。

★補聴器についてご説明いただいた場合は、以下の□に✓を記入してください。

☐ 資料を用いて説明済

<参考>

資料として、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会ホームページに掲載されている
「補聴器を活用するために（患者説明用資料）」を使用いただいても構いません。

説明用資料は
こちら

記入年月日：	年 月 日
補聴器相談医 又は補聴器適合判定医師名：	

購入・購入後

申請者名（本人記入欄）：

京都市聞こえの応援事業

助成要件確認書



補聴器の購入

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

購入日： 年 月 日 ※領収書が必要です。

管理医療機器認証番号（16桁）：

対象の補聴器販売店の名称、電話番号：

認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）：

補聴器の調整

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

調整実施日（初回）： 年 月 日

対象の補聴器販売店の名称、電話番号：

認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）：

介護予防活動等

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

介護予防教室名（開催曜日・時間）：

参加開始日： 年 月 日

推進センター名： 地域介護予防推進センター（担当： ）

〔以下、本人記入欄（該当者のみ）〕

介護予防教室に参加できない方は、案内冊子P4の①～⑤の該当番号と
具体的な介護予防や社会参加活動の取組内容等をご記入ください。
※原則は、上記教室に参加いただくことをお願いしています。

該当番号【 】 具体的な取組内容：

切り取り線

助成要件確認書

各機関記入例

各機関等で記入してもらってください。本人記入欄以外に申請者本人が記入した場合は無効です。

購入前

申請者名（本人記入欄）： 京都 太郎

京都市聞こえの応援事業 助成要件確認書

聞こえの応援事業（加齢性難聴者の補聴器購入助成）の申請書類に添付いただく用紙です。
助成要件の確認のため、各機関から必要事項の記載等をしてもらってください。

加齢性難聴の講座

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

受講日： 2026 年 10 月 2 日

推進センター名： △△区 地域介護予防推進センター（担当： ○○○ ）

〔以下、本人記入欄（該当者のみ）〕

地域介護予防推進センターが実施する講座以外で対応する場合（P2）にご記入ください。
☐ 京都市（P5）に問合せのうえ、別途指定された方法で受講等を行い要件を満たした。

京都市問合せ日： 年 月 日 問合せ番号：

医師の意見

本事業の協力医療機関のみが記入できます。
補聴器が必要と認められない場合は、記入不要です。
※協力医療機関の受診（意見書）に生じる受診料、検査料、文書料（意見書作成料）等は、自己負担となります。

補聴器の必要性 （必要な場合は□に✓を記入してください。）	
☒ 必要	※聴力検査結果の写しが必要です。
<参考> 補聴器の必要性判断の目安	
・両耳平均聴力レベル30dB以上（障害者手帳（聴覚）所持者除く）	
※平均聴力レベルは身体障害者診断書・意見書に準じた4分法で算出	
・上記に該当しないが、補聴器相談医又は補聴器適合判定医師が必要と判断	
【注意】 説明いただいた場合のみ記入（説明は協力医療機関の任意です。）	
※説明いただいた場合には、「加齢性難聴の講座」の代替になります。	
★補聴器についてご説明いただいた場合は、以下の□に✓を記入してください。	
☐ 資料を用いて説明済	
資料として、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会ホームページに掲載されている「補聴器を活用するために（患者説明用資料）」を使用いただいても構いません。	

記入年月日： 2026 年 10 月 15 日

補聴器相談医
又は補聴器適合判定医師名： ○○○○

購入・購入後

申請者名（本人記入欄）： 京都 太郎

京都市聞こえの応援事業 助成要件確認書

補聴器の購入

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

購入日： 2026 年 11 月 10 日 ※領収書が必要です。

管理医療機器認証番号（16桁）： 306▲▲BZXXXXXXXXX

対象の補聴器販売店の名称、電話番号： △△補聴器店 075-XXX-XXXX

認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）： ●●●●

補聴器の調整

対象の補聴器販売店のみが記入できます。

（ゴム印・スタンプ等使用可）

調整実施日（初回）： 2026 年 10 月 30 日

対象の補聴器販売店の名称、電話番号： △△補聴器店 075-XXX-XXXX

認定補聴器技能者名
又は言語聴覚士名（医療機関に限る）： ●●●●

介護予防活動等

地域介護予防推進センターのみが記入できます。

介護予防教室名（開催曜日・時間）： ●●教室（水曜日、10～11時）

参加開始日： 2027 年 1 月 10 日

推進センター名： △△区 地域介護予防推進センター（担当： ○○○ ）

〔以下、本人記入欄（該当者のみ）〕

介護予防教室に参加できない方は、案内冊子P4の①～⑤の該当番号と
具体的な介護予防や社会参加活動の取組内容等をご記入ください。
※原則は、上記教室に参加いただくことをお願いしています。

該当番号【 】 具体的な取組内容：

申請までのステップを確認

完了したステップは、□にチェック入れて、実施日を記入してみましょう。

購入前

ステップ	実施日
☐ 加齢性難聴の講座	年 月 日
☐ 協力医療機関の受診	年 月 日

購入・購入後

ステップ	実施日
☐ 補聴器の購入	年 月 日
☐ 補聴器の調整（初回）	年 月 日
☐ 介護予防活動等（参加開始日）	年 月 日

☐ 申請書を提出 年 月 日