様式第2号（第5条関係）

年　月　日

さくら市長　　　　　　　　　　様

住所

事業者名

代表者氏名

電話番号

高齢者補聴器装用継続補助金アフターケア報告書

　　　　　　　　　　　氏の補聴器について、次のとおり、購入後のアフターケアを行ったことを報告します。

1　対象となる補聴器（メーカー及び型番）

2　アフターケアを行った者（公益財団法人テクノエイド協会が認定する認定補聴器技能者に限る。）の氏名

3　補聴器を購入した日又は初めて装用した日　　　　年　月　日

4　行ったアフターケアの内容等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | チェック内容 | 特記事項 | 調整者氏名 |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |
|  | □　補聴器装用時間の確認□　聞こえ方の確認□　補聴器の調整・点検 |  |  |

　※　アフターケアでは「アフターケアの内容」の欄にある項目の全てを行うこと。

※　報告の前に2回以上のアフターケアを行っていること。

　※　アフターケアを最後に行った日が「補聴器を購入した日又は初めて装用した

日」から3箇月以上経過していること。