

輪之内町長 様

(販売店等)
住 所
事業所名
代表者名

㊟

補 聴 器 販 売 証 明 書

下記のとおり、販売したことを証明します。なお、補聴器の取扱方法や注意点について、購入者に対し十分説明をしています。

記

購入者の住所・氏名		住所 氏名
購入者の聴力		両耳の聴力レベル（ ）デシベル相当 ※輪之内町高齢難聴者補聴器購入費助成金の対象者は、両耳の聴力レベルが40デシベル以上で、身体障害者手帳（聴覚障害）の交付対象とならない方です。 測定場所 <input type="checkbox"/> 販売店 <input type="checkbox"/> その他（場所 ※資料別添）
補 聴 器	装 用 耳	<input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳
	イヤーマールド	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	タ イ プ	<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	区 分	<input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド
	メ ー カ ー 名 及 び 製 品 名	メーカー名 製品名
	購 入 及 び 製 作 に 要 し た 額	金 _____ 円

※いずれかチェック☑又は黒塗り■

(販売店等の担当者) ※町からの問い合わせ等に対応できる方としてください。

氏 名		電話番号	— —
-----	--	------	-----