

第2号様式(第5条関係)

年 月 日

安八町長 様

(販売店等)

住所

事業所名

代表者名

印

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		氏名 住所
購入者の聴力		両耳の聴力レベル ( )デシベル相当 ※安八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	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
聴	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
器	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	-	-
----	--	------	---	---