様式第２号（第５条関係）

　　年　　月　　日

岐南町長　宛

販売店

　　　所 在 地

　事業所名

　　　　　代表者名

補　聴　器　販売証明書

岐南町高齢者補聴器購入費助成金の対象となる補聴器について、下記のとおり販売したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 販売日 | | 年　　　月　　　日 |
| 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  ※助成金の対象者は、両耳の聴力レベルが40デシベル以上の  方です。 |
| 補　　聴　　器 | 装用耳 | □両耳　　□右耳　　□左耳 |
| イヤーモールド | □あり　　□なし |
| タイプ | □ポケット型　　□耳かけ型　　□耳あな型  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 区分 | □レディメイド（既製品）　□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 |
| 販売費 | 円 |

記

いずれかチェック☑

（販売店の担当者）※岐南町役場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 | －　　　　－ |