

販売店

代表者名 ○○○○○○○○○○

代表者
印等

記

販 売 日		令和〇年〇月〇日
購 入 者 の 住 所 ・ 氏 名		住所 岐阜県羽島郡岐南町〇〇〇 氏名 岐南 太郎
購 入 者 の 聴 力		両耳の聴力レベル （ 50 ）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 〇〇〇 製品名 〇〇 - 〇〇
	販 売 費	<u>200,000</u> 円

(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	〇〇支店 営業 太郎	電話番号	058-〇〇〇-〇〇〇〇
-----	------------	------	--------------