第２号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

神戸町長　　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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※神戸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補聴器装着前に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　□販売店　□その他（場所　　　　　　　　　　※資料別添） |
| 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　□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 |

記

※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 | 　　　　－　　　　－ |