

朝日村長 宛て

(販売店)
住所
事業所名
代表者名

補聴器販売予定情報提供書

下記の補聴器について、購入者に販売予定であることを情報提供します。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いたします。

購入者の住所・氏名		住所 朝日村 氏名
購入者の聴力		両耳の聴力レベル（ ）デシベル相当 ※左右の平均聴力レベルの良聴耳を上記に記入する。 （右： 左： ） ※朝日村高齢者補聴器購入費助成事業の対象者は、両耳の聴力レベルが 40 デシベル以上 70 デシベル未満又は片耳の聴力レベルが 40 デシベル以上で他耳の聴力レベルが 90 デシベル未満で、聴覚障害に関する身体障害者手帳の交付の対象とならない方です。 測定場所 ☐ 販売店 ☐ その他（場所 ）
補聴器	装 用 耳	☐ 両耳 ☐ 右耳 ☐ 左耳
	イヤモールド	☐ あり ☐ なし
	タ イ プ	☐ 耳かけ型 ☐ 耳あな型 ☐ ポケット型 ☐ 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 要する額	金 円
販売店について		☐ 認定補聴器技能者が在籍する店舗

※いずれかに☒又は黒塗り■

（販売店の担当者）※村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	
-----	--	------	--