様式第4号（第5条関係）

|  |
| --- |
| 粕屋町小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付券 |
| ①　給付番号 | 第　　　　　号 | ②給付券発行年月日 | 年　　月　　日 |
| ③　対象者氏名 |  | ④生　年　月　日 | 年　　月　　日（　　　　歳） |
| ⑤　住　　　所 |  |
| ⑥　申請者氏名 |  | ⑦対象者との続柄 |  |
| ⑧給付する用具名（型式規模等） | ⑨　価　　　格 | ⑩扶養義務者が支払うべき額 | ⑪　公費負担額 |
|  | 円 | 円 | 円 |
| ⑫納入業者名 |  | ⑬納入業者の住所　　　℡ |
| ⑭この券の有効期限 | 受給者が業者に提示する期限 | 年　　月　　日 | 業者の公費支払請求期限 | 年　　月　　日 |
| 　上記のとおり決定します。　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　粕屋町長　　　　　　　　　　　　印 |
| ⑮　業者の納入した日 | ⑯扶養義務者より受領した額 | ⑰受領業者名及び受領年月日 |
| 年　　月　　日 | 円 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ⑱用具受領者氏名印 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ⑲検収者 | 職名 |
| 氏名　　　　　　　　　印 |
| ⑳その他特記事項 |  |

（注）本券は、①～⑭、⑲、⑳は町、⑮～⑰は納入した業者、⑱は受領者が記入すること。