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。