様式第４号(第５関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　日生  (　　歳) | | | |
| ⑤  居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥  保護者氏名 | |  | | | | | | | | ⑦  対象者との続柄 | | | | |  | | |
| ⑧  給付する用具名(型式規模等) | |  | | ⑨  価格 | | | 円 | | | | ⑩  本人又は扶養義務者が支払うべき額 | | 円 | | | ⑪  公費負担額 | 円 |
| ⑫  納入業者名 | |  | | | | | | ⑬  納入業者の住所 | | | (電話) | | | | | | |
| ⑭  この券の有効期限（本人又は扶養義務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 | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　　年　　月　　日  三股町長　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮  業者の用具納付日 | 年　月　日 | | | | | ⑯  本人又は扶養義務者より受領した額 | | | 円 | | | | ⑰  受領業者名及び受領年月日 | | | ㊞  年　　月　　日 | |
| ⑱  用具受領者  氏名印 | | | ㊞ | | | | | | ⑲  検収者 | | | | 職名 | | |  | |
| 氏名 | | | ㊞ | |
| ⑳  その他特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　(注)　本表は、①～⑭、⑲は町、⑮～⑰は納付した業者が記入すること。

　　　　⑱は保護者が記入すること。