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。