様式第4号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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居住地 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑥扶養義務者の氏名 | |  | | | | | ⑦対象者との続柄 | | | |  | | | |
| ⑧給付する用具名(形式・規模等) | | | | ⑨価格 | | | | ⑩受給者又はその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 | | | | (TEL)　　　(　　　) | | | | |
| ⑭この券の有効期限 | | | | 受給者が業者に提示する期限 | | | | | | | | | 業者の公費支払請求期限 | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　年　　月　　日  身延町長 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮業者が用具を納入した年月日 | | | | | ⑯受給者又はその扶養義務者から受領した額、年月日 | | | | | | | ⑰左記の受領業者名 | | |
| 年　　月　　日 | | | | | 円  年　　月　　日 | | | | | | | ㊞ | | |
| ⑱用具受領者氏名 | | | ㊞ | | | | | | ⑲検収者 | | | 職名 | | |
| 氏名　　　　　　　　　　㊞ | | |
| ⑳その他特記事項 | | | | | | | | | | | | | | |

(注)　本表は①から⑭及び⑲は身延町、⑮から⑰は納入業者、⑱は受領者が記入すること。