様式第４号(第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （　　　　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 | |  | | 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 | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　年　　月　　日  身延町長 | | | | | | | | | | |
| ⑮業者が納入した日 | 年　　月　　日 | | ⑯扶養義務者から受領した額 | 円 | | | ⑰受領業者名及び  年月日 | | | ㊞  年　　月　　日 |
| ⑱用具受領保護者名 | ㊞ | | | ⑲検収者 | 職　名 | | | | | |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
| ⑳その他  　特記事項 |  | | | | | | | | | |

（注）　本表は、①～⑭、⑲は身延町、⑮～⑰は納入した業者、⑱は保護者が記入すること。