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。