|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付券 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付番号 | | 第　　　　　号 | | | | | 給付券発行  年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 対象者氏名 | |  | | | | | 生年月日 | | | | 年　月　日（　歳） | | | | | | | |
| 居住地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | | | | 対象者との続柄 | | | | |  | | | |
| 給付する日常生活用具名（形式規模等を含む。） | |  | 価格 | | | 円 | | | 扶養義務者が支払うべき額 | | | | | 円 | | | 公　費  負担額 | 円 |
| 納入業者名 | |  | | | | | | 納入業者の住所 | | | | | | | （電話） | | | |
| この券の  有効期限 | | 受給者が業者  に提出する  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  五島市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 業者の納付した日 | 年　月　日 | | | 扶養義務者から受領した額 | | | | 円 | | | | | 受領業者名及び  年月日 | | | | 年　月　日 | |
| 日常生活用具受領保護者名 |  | | | 検収者 | | | | 職名 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| その他  特記事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　備考

１　「業者の納付した日」、「扶養義務者から受領した額」及び「受領業者名及び年月日」の欄については、業者が記入すること。

２　「日常生活用具受領保護者名」の欄は、保護者が記入すること。