|  |
| --- |
| 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。