様式第３３号（第２２条関係）

補　装　具　費　支　給　券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 | | | | |  | | | 支給  決定日 | | |  | | | | |
| 氏名 | | | | |  | | | 生年月日 | | |  | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | | |  | | | | | | 続柄 |  | | | |
| 補装具の名称 | | | | |  | | | 修理部位 | | |  | | | | |
| 処方 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 補装具  業者 | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 電話 | | |  | | | | | | | | | | |
| 基準額 | | | | 見積額 | | 利用者負担額 | | | | | | | 公費負担額 | | |
|  | | | |  | | 自己負担額 | | | |  | | |  | | |
| 月額負担上限額 | | | | | | 差額負担額 | | | |  | | |
|  | | | | | | 計 | | | |  | | |
| 上記のとおり決定する。  　　年　 月　　日  　　　　　　　小野町長　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適合  判定 | 判定  年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 判定員職氏名 | | ○印 | | | | | | |
| 受領 | 受領  年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 受領者氏名 | | ○印 | | | | | 本人と  の関係 |  |