様式第4号(第6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住所 | |  | | | | | | | | |
| ⑥申請者氏名 | |  | | | 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利用者負担額 | | 円 | | | ⑪公費負担額 | | | | 円 | |
| ⑫納入業者名 | |  | | | 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 | |
| 上記のとおり決定します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宇美町長　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| ⑮業者が　納入した日 | 年　 月　 日 | | ⑯利用者より受領した額 | 円 | | | ⑰受領業者名び  受領年月日 | | | 年　 月　 日 |
| ⑱用具受領者  氏名 | |  | | | | ⑲検収者 | | 職名 | | |
| 氏名 | | |
| ⑳その他特記事項 | |  | | | | | | | | |

(注)　本表は①から⑭まで及び⑲は町、⑮から⑰までは納入した業者、⑱は保護者又は18歳以上の対象者

本人が記入してください。