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。