様式第６号（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補装具 | | | | | | 交付  修理 | | | 券 | | | |
| 交付番号 | | | 第　　　号 | | 交付年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 | | | （　　　歳） | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 八頭郡八頭町 | | | | | | | | | |
| 補装具の名称 | | |  | | 修理部位 | | | | |  | | |
| 処方 | | |  | | | | | | | | | |
| 委託する業者名 | | |  | | 委託する業者の住所 | | | | |  | | |
| 委託報酬予定額 | | | 円 | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉法第38条第１項の規定により受給者又は扶養義務者が支払うべき額 | | |  | | 支払期日 | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　年　　月　　日  八頭町長 | | | | | | | | | | | | |
| この券の有効期限 | | 受給者が業者に提示する期限 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 業者の支払請求期限 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 判定検査 | 判定年月日 | 年　　月　　日 | | 判定員職氏名 | | | ㊞ | | | | | |
| 受領 | 受領年月日 | 年　　月　　日 | | 受領者氏名 | | | ㊞ | | | | 本人との関係 |  |