様式第６号（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | |
| ④居住地 | 八頭郡八頭町 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤扶養する者氏名 |  | | | | | | ⑥対象者との続柄 | | | |  | | | |
| ⑦給付する用具名  （型式・規模等） | | ⑧価格 | | | | ⑨給付を受ける者又は扶養義務者が支払うべき額 | | | | | | | ⑩公費負担額 | |
|  | | 円 | | | | 円 | | | | | | | 円 | |
| ⑪納入業者名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑫納入業者の住所 | | 電話 | | | | | | | | | | | | |
| ⑬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 |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　年　　月　　日  八頭町長 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭業者の納付した日 | | | ⑮受給者又は扶養義務者より受領した額 | | | | | | | ⑯受領業者名及び年月日 | | | | |
| 年　　月　　日 | | | 円 | | | | | | | ㊞  　　年　　月　　日 | | | | |
| ⑰用具受領者氏名印 |  | | | | ⑱検収者 | | | | 職名 | | |  | | |
| 氏名 | | | ㊞ | | |
| ⑲その他特記事項 | | | | | | | | | | | | | | |

（注）　本表は①～⑬と⑱、⑲は町長が、⑭～⑯は納付した業者が、⑰は受領者が記入すること。