様式第2号

|  |
| --- |
| 日常生活用具給付券 |
| 交付番号 | 第号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 知的障害者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 居住地 |  |
| 保護者氏名 |  | 本人との続き柄 |  |
| 給付する用具名 | 価格 | 扶養義務者が支払うべき金額 | 公費負担額 |
|  | 円 | 円 | 円 |
| 委託する業者名 |  | 委託する業者の住所 | 電話（　　　　　） |
| 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　　日舟橋村長　　　　　　　　印　 |
| 業者の納付した日 | 扶養義務者より受領した額 | 受領業者名及び受領年月日 |
| 年　　月　　日 | 円 | 年　　月　　日 |
| 用具受領保護者名 |  | 検査員氏名 |  |
| その他の特記事項 |  |