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 |  | | | | | | | | | | |