様式第４号（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付券 | | | | | | | | | | |
| 給付番号 | | 第　　　号 | | | 給付券発行  年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 対象者氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | | |
| 居住地 | |  | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | 対象者との続柄 | | |  | | |
| 給付する用具名  （形式規模等） | | | | 価格 | 扶養義務者が支払うべき額 | | | | | 公費  負担額 |
|  | | | | 円 | 円 | | | | | 円 |
| 納入業者名 |  | | | | 納入業者の住所 | | | | 電話 | |
| この券の  有効期限 | 受給者が業者に提示する期限 | | | | | 業者の公費支払い請求期限 | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　　　　年　　月　　日    　　　　　　出雲市長 | | | | | | | | | | |
| 業者の納付した日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 給付を受ける者又は扶養する者より受領した額 | | | 円 | | | | | | | |
| 受領業者名及び受領年月日 | | | 印  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 用具受領者氏名 | | | 印 | | | | | | | |
| 検収者職氏名 | | | 印 | | | | | | | |
| その他の特記事項 | | |  | | | | | | | |