様式第4号(第6条関係)

国頭村小児慢性日常生活用具給付券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 給付等番号 | 第　　　　　号 | | ② | | 給付券発行年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| ③ | 対象者氏名 |  | | ④ | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| ⑤ | 居住地 |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ | 扶養義務者 |  | | ⑦ | | 対象者との続柄 | | | | | |  | | |
| ⑧ | 給付等する用具名型式・規模等 |  | | | | | ⑨ | 価格 | | | | 円 | | |
| ⑩ | 扶養義務者が　支払う額 | 円 | | | | | ⑪ | 公費負担額 | | | | 円 | | |
| ⑫ | 納入業者名 |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ | 納入業者住所 |  | | | | | | | | 電話 | | | |  |
| ⑭　この給付券の有効期限 | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務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  国頭村長　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ | 業者の用具納入・取付の日 | 年　　月　　日 | | ⑯ | | 扶養義務者より受領した額 | | | | | |  | | |
| ⑰ | 納入業者名及び受領年月日 | 業者名 | 印 | | | | | | | | | | | |
| 受領年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| ⑱ | 用具受領者氏名及び印鑑 | 印 | | ⑲ | | 検収者 | | | 職名  氏名 | | | |  | |
| ⑳ | その他特記事項 |  | | | | | | | | | | | | |

注　本表は、①～⑬、⑲、⑳は村、⑮～⑰まで納入した業者が、⑱は受領者が記入すること。