様式第48号（第33条関係）

補装具費支給券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 | |  | | | 支給決定日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | |
| 補装具の名称 | |  | | | 修理部位 | |  | | | | |
| 処方 | |  | | | | | | | | | |
| 補装具業者 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | |
| 基準額 | | 見積額 | | 利用者負担額 | | | | 公費負担額 | | | |
| 円 | | 円 | | 円 | | | | 円 | | | |
| 月額負担上限額 | | | |
| 円 | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　年　　月　　日  丸亀市福祉事務所長 | | | | | | | | | | | |
| 適合判定 | 判定年月日 | | 年　　月　　日 | | | 判定員職氏名 |  | | | | |
| 受領 | 受領年月日 | | 年　　月　　日 | | | 受領者氏名 |  | | | 本人との関係 |  |