様式第4号(第4条関係)

補装具費支給券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 | | | |  | | | | 支給決定日 | | |  | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | 生年月日 | | |  | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | |  | | | | | | 続柄 | |  | | |
| 補装具の名称 | | | |  | | | 修理部位 | | |  | | | | |
| 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。  浪江町長 | | | | | | | | | | | | | | |
| 判定検査 | 判定年月日 | | 年　月　日 | | | 判定員職氏名 | | | 印 | | | | | |
| 受領 | 受領年月日 | | 年　月　日 | | | 受領者氏名 | | | 印 | | | | 本人との関係 |  |