様式第３号（第４条関係）

日南町小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定通知書

　（第　　　　　号）

年　　月　　日

　　　（申　請　者）　　　　　様

日南町長　　　　　　　　　　㊞

　　　年　　月　　日付けで申請のあった日常生活用具の給付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付番号 | 第　　　　　号 | 給付決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象者氏名 | 　 | 疾病名 | 　 |
| 給付する用具名(型式規模等含む) | 　 | 納入業者 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 電話　　　(　　　) |
| 給付用具の価格 | 円　 | 扶養義務者が支払うべき額 | 円　 |
| 公費負担額 | 円　 |
| 注意事項１　用具の給付は、対象者の扶養義務者がその負担能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に行っていますので、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払ってください。２　給付された用具をその目的に反した使用、譲渡、交換、貸付け又は担保に供することをかたく禁じます。３　２に違反した場合は、費用の全部又は一部を返還させることがあります。 |