様式第４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券 |
| ①給付番号 | 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　　日生　(　　歳)　 |
| ⑤住所 | 　 |
| ⑥保護者氏名 | 　 | ⑦対象者との続柄 | 　 |
| ⑧給付する用具名(型式規模等) | 　 | ⑨用具の価格 | 円 |
| ⑩扶養義務者が支払うべき額 | 円 | ⑪公費負担額 | 円 |
| ⑫納入業者 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　　　　電話　　　　　　(　　　　　) |
| ⑬この券の有効期限 | 受給者が業者に提示する期限 | 業者の公費支払請求期限 |
| 年　　月　　日　　 | 年　　月　　日　　 |
| 　上記のとおり交付する。　　　　　　年　　月　　日日南町長　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　 |
| ⑭業者の納入した日 | 年　　月　　日 | ⑯受領業者名及び年月日 | ㊞　年　　月　　日　 |
| ⑮扶養義務者から受領した額 | 円 |
| ⑰用具受領保護者氏名 | ㊞ | ⑱検収者 | 職名 | 　 |
| 氏名 | ㊞ |
| ⑲その他特記事項 |

（注）本表は、①～⑬及び⑱は町、⑭～⑯は納付した業者、⑰は保護者が記入する。