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。