様式第３号（第４条関係）

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　記号及び番号

　年　　月　　日

（申請者）　　　様

能代市長　　　　　　　　　印

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・規模等を含む） |  | | 納入業者名 |  | |
| 納入業者の  住　　　所 |  | |
| 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　用具は、対象者の扶養義務者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、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、同封の「日常生活用具給付券」を添えて業者へ支払って下さい。  ２　給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることはかたく禁じられています。  ３　２に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。 | | | | |