様式第５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（　　歳） |
| ⑤居住地 |  |
| 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 |  | ⑬納入業者の住所 |  |
| ⑭この券の有効期限 | 受給者が業者に提示する期限 | 　　年　月　日 | 業者の公費支払い請求期限 | 　　年　月　日 |
| 上記のとおり決定する。　　　　　年　　月　　日　　　能代市長　　　　　　　　　印 |
| ⑮業者の納付した日 | 　　　年　月　日 | ⑯扶養義務者より受領した額 | 円 | ⑰受領業者名及び年月日 | 　　　　年　月　日 |
| ⑱用具受領氏名 | 　 | ⑲検収者 | 職　名 |
| 氏　名　　　　　　　　　　　　㊞ |
| ⑳そ の 他特記事項 |

(注)　①から⑭まで及び⑲は能代市、⑮から⑰までは納入した業者、⑱は保護者又は18歳

以上の対象者本人が記入すること。