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。