様式第4号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (電話) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭  この券の  有効期限 | 受給者の業者に提示する期限 | | | 年　　月　　日 | | | | | | 業者の公費支払請求期限 | | | | | 年　　月　　日 | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　　年　　月　　日  都留市長　　　　　　　　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 | | 印  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑱  用具受領  保護者名印 | | 印 | | | ⑲  検収者 | | | | 職名 | | | | | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |
| ⑳  その他特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | |

(注)　本表は，①～⑭，⑲は市の担当者，⑮～⑰は納付した業者が記入すること。

　　　⑱は保護者が記入すること。