

補 装 具 費 支 給 券

**自由記載１**

**自由記載２**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 | | |  | | | | 支 給  決　定　日 | |  | | | 購入・借受け・修理の別 | | | |  | |
| 借 受 け 期 間  ( 借受けの場合) | | | | | | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | | | | | |  | | | | | 生年月日 | | |  | | | |
| 住　　　所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保 護 者 氏 名 | | | | | |  | | | | | 続 　柄 | |  | | | | |
| 補装具の名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 修 理 部 位 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 処　　　方 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 補装具  事業者 | | 名 称 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 基準額 | | | | 見積額 | | | | 利用者負担額 | | | | | 公費負担額 | | | | |
| 円 | | | | 円 | | | | 円 | | | | | 円 | | | | |
| 月額負担上限額 | | | | | | | |
| 円 | | | | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　　年 月 日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適 合判 定 | 判 定年月日 | | | | 年 月 日 | | | | 判定員  職氏名 |  | | | | | | | |
| 受 領 | 受 領年月日 | | | | 年 月 日 | | | | 受領者  氏名 |  | | | | | 本人との関係 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |