

**自由記載１**

補 装 具 費 支 給 券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 給 番 号 | | |  | | | 支　給  決定日 | | 年　　月　　日 | | |
| 借 受 け 期 間 | | | 年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　　名 | | |  | | | 生年月日 | | 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 | | | | | | | | | | |
| 返却確認 | 返却日 | | 年　 月　 日 | | 事業者名 |  | | | | |
| 申請者  氏 名 |  | | | 本人と  の関係 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **自由記載２**  （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 |