様式第6号（第10条関係）

堺市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付台帳

番号	申請受付日	申請者	給付対象者	疾患名	給付用具名（型式・規模）	価格	自己負担金額	公費負担額	業者名	給付決定日
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										