

様式第4号(第5条関係)

堺市小児慢性特定疾病児日常生活用具給付券

給付番号	第 号	給付券発行日	年 月 日
対象者氏名		生年月日	年 月 日生( 歳)
居住地			
保護者氏名		対象者との続柄	
給付する用具の名称 (型式、規模等)			
納入業者名	(住所)	(名称)	(電話番号)
用具価格	円	公費負担額	円
扶養義務者が支払うべき額	円	上限額(参考)	円
この券の有効期限(受給者が業者に提示する期限)	年 月 日		
業者の公費支払請求期限	年 月 日		
上記のとおり決定する。 年 月 日 堺市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>			
用具受領保護者名		業者の納付した日	年 月 日
扶養義務者より受領した額	円		
受領日及び受領業者名	年 月 日 (業者名)		
その他特記事項			

(注) 「業者の納付した日」、「扶養義務者より受領した額」及び「受領日及び受領業者名」の欄は、業者が記入し、「用具受領者 氏名」の欄は、保護者または18歳以上の対象者本人が記入して下さい。