

様式第3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決定通知書

第 号
年 月 日

様

堺市長

印

年 月 日付けで申請のありました日常生活用具の給付につきましては、次のとおり決定したので通知します。

給付番号	第 号	給付決定日	年 月 日
対象者氏名		疾患名	
給付する用具の名称 (型式、規模等を含む)			
納入業者	(住所)	(名称)	(電話)
用具価格	円	公費負担額	円
扶養義務者が支払うべき額	円		
注意事項	<p>1 用具は、対象者の扶養義務者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払って下さい。</p> <p>2 給付された用具をその目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供したりすることは、かたく禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。</p>		