

日常生活用具給付券

(障害者・障害児)

給付番号	第 号	給付券発行年月日	年 月 日
氏名		生 年 月 日	年 月 日
住所			
保護者氏名		対象者との 続 柄	
給付する用具名 (形式・規模等)	価 格	給付を受ける者又は扶養 する者が支払うべき額	公 費 負 担 額
	円	円	円
納入業者と その住所			
上記のとおり決定する。 年 月 日 堺市 保健福祉総合センター所長 印			
①業者の納入した日	②給付を受けた者又は扶養す る者より受領した額	③受領業者名及び受領年月日	
年 月 日	円	年 月 日	
※ 用具受領者 氏 名			
その他特記事項			

注意 ①～③は業者において、※印の欄は対象者（対象者が児童の場合は、その保護者）において記入してください。

◎（業者の方へ） 給付金の額を堺市に請求する際は、所定の請求書にこの給付券を添えて請求してください。