補　装　具　費　支　給　券

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給番号 | | | | |  | | | 支給  決定日 | | 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 | |  | | | | |
| 補装具業者 | | 名　称 | | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | |
| 電　話 | | |  | | | | | | | | | |
| 基準額 | | | 見積額 | | | 利用者負担額 | | | | | 公費負担額 | | | |
| 円 | | | 円 | | | 円 | | | | | 円 | | | |
| 利用者負担上限月額 | | | | | |
| 円 | | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　年　　月　　日  三浦市長 | | | | | | | | | | | | | | |
| 判 定  検 査 | 判　定  年月日 | | | 年　月　日 | | | 判定員氏名 | | 印（※） | | | | | |
| 受 領 | 受　領  年月日 | | | 年　月　日 | | | 受領者氏名 | | (※) | | | | 本人との関係 |  |

（※）受領者氏名については、本人が手書きしない場合は、記名押印してください。