

令和 年 月 日

日常生活用具給付券

①券番号	第 号		②決定年月日		
③氏 名			④生年月日		
⑤住 所			⑥電話番号		
⑦保護者氏名			⑧利用者との関係		
⑨ 種 目	⑨基準額	⑨見積額	⑨利用者負担額		⑨公費負担額
			超過負担額	定率負担額	
⑨定率負担調整額					
⑨ 合 計					
			計		
⑩納入業者	名 称 所 在 地 電 話 番 号				
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日					
押印不要となります					
甲斐市福祉事務所長					
⑪用具等 受領者氏名	本人との関係		⑫用具等 受領年月日	年 月 日	
⑬利用者より 受領した額	円		⑮納入業者		
⑭上記受領年月日	年 月 日		印		

(注)この表は、①～⑩は市長、⑪～⑫は用具受領者、⑬～⑮は納入業者が記入すること。

<問い合わせ先>
甲斐市役所 福祉部 障がい者支援課 生活支援係
〒400-0192 甲斐市篠原 2610
電話 055-267-7287 FAX 055-276-2113