

補装具費支給券（身体障がい者・児童）			
支給券番号	第	号	支給決定年月日
対象者氏名		生年月日	年月日
対象者住所			
申請者氏名			
申請者住所			
種目			
修理部位			
補装具業者	名称		
	所在地		
基準額		公費負担額	
利用者負担額		月額負担上限額	
負担額納付期日	現品の引渡し日		
有効期限	利用者が業者に提出する期限		
	業者の補装具費請求期限		
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大阪市 区保健福祉センター所長</p>			
適合判定審査	年 月 日	判定員氏名	
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
委任状			
年 月 日			
私は、本支給券による補装具費の請求及び受領を上記の補装具事業者に委任いたします。			
住所	_____		
氏名	_____		

※請求及び受領ができるのは、大阪市の補装具費代理受領登録事業者のみです。