

補装具費支給券 (身体障がい者・障がい児)			
年 月 日～ 年 月 日分			
支給券番号	第 _____ 号	支給決定年月日	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			
貸与種目			
貸与対象期間	年 月 日から 年 月 日まで		
補装具貸与業者	名称		
	所在地		
貸与基準額 (月額)		公費負担額 (月額)	
利用者負担額 (月額)		負担上限額 (月額)	
負担額納付期日	貸与用具返却日		
有効期限	利用者が業者に提出する期限	貸与開始日	
	業者の補装具費請求期限	貸与期間終了後1か月以内	
年 月 日 大阪市 区保健福祉センター所長			
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
返却年月日	年 月 日	申請者氏名	
		業者名	
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・印 _____			

※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。