

重度障がい者日常生活用具給付券

証明書番号			
対象者氏名		生 年 月 日	
現 住 所			
申請者氏名			
給 付 す る 用 具 名			
納 入 業 者	業 者 名		
	所 在 地		
価 格		自己負担額	給付金額
業 者 納 入 期 限			

年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長

印

納入業者記入欄（給付金額確認用）		
☐ 上記価格のとおりに納品しました。		
☐ 上記価格に変更があったので、下記のとおり納品しました。		
価 格	自己負担額	給付金額

対象者記入欄			
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	
委 任 状			
年 月 日			
私は、本給付券による日常生活用具の請求及び受領を上記の納入業者に委任します。			
住 所 _____			
氏 名 _____			

備考	・ 給付決定金額は給付上限金額となります。 ・ 用具を納入する際に対象者と業者は用具の価格を双方で確認のうえ、「給付金額確認欄」及び「対象者確認欄」を記載するとともに、対象者はこの証明書と引き換えに用具を受領し、自己負担額を業者にお支払いください。 ・ この証明書を不正に利用した場合は費用の全額、または一部を返還してもらうことがあります。 ・ 当該給付にかかる決定の取消しを受けた場合、この証明書は発行元へ返還する必要があります。 ・ 給付決定された内容に変更がある場合は、速やかに発行元に連絡してください。
----	---