



日常生活用具給付券

給付番号	第 _____ 号	給付券発行日	平成**年**月**日
対象者氏名	○ ○ 太郎	生年月日	昭和**年**月**日生 (**歳)
居住地	**県**市**町**-*		
扶養する者氏名		対象者との続柄	
給付する用具名 (型式、規模等)	携帯用会話補助装置	費用総額	98,800 円
給付を受ける者又は扶養する者が支払うべき額	19,760 円	公費負担額	79,040 円
納入業者名 及び 住所	<small>(株)シマダ製作所 群馬県安中市</small> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> この金額 ¥ 19,760 - がお客様ご負担額です。 ¥ 19,760 - にお見積価格の ¥ 112,100 - との差額の ¥ 13,300 - を足していただき、この場合ですと ¥ 33,060 - がお客様にお支払いいただく金額になります。 </div>		
この券の有効期限	受給業者	上記のとおり決定 平成**年**月**日 <small>不中福祉事務所長 ** ** *</small>	
業者の納付した日	給付を受けた者又は扶養する者より受領した額	受領業者及び年月日	
年月**日	33,060円	株式会社 シマダ製作所  **年**月**日	
用具受領者氏名	○ ○ 太郎 	検収者	職名 氏名
その他特記事項	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 署名・捺印をお願いします。 </div>		