

補装具費支給券

支給番号	111	支給決定日	〇〇年〇〇月〇〇日	
購入・借受け・修理の別	修理			
借受け期間 (借受けの場合)				
氏名	仙台 花子	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
居住地	仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号			
保護者氏名			続柄	
補装具の名称	イヤモールド交換 (両耳分)			
修理部位				
処 方				
補装具者	名称	〇〇補聴器店		
	所在地	仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号		
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇		
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額	
19,080円	19,080円	0円	19,080円	
月額負担上限額	0円			
	0円			
上記のとおり決定する。				
〇〇年〇〇月〇〇日				
<div style="text-align: right;"> 仙台市 仙台市長 </div>				
適合判定年月日	年 月 日	適合判定員職氏名		

(記入欄)

支給決定対象者 記入欄	補装具を受領しました。 受領年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 氏名 仙台 花子
	私は、補装具費の請求及び受領を上記業者に委任します。 (支給方法が償還払の場合は委任できません。) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 氏名 仙台 花子 (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。