

市川市補装具の購入修理に係る利用者負担額助成金明細書

*太枠内のご記入をお願いします。

支給券番号	
所属世帯階層	
支給決定障害者等 氏 名	
支給決定に係る 児 童 氏 名	

支給決定月				
平成		年		月分
事業所番号				
補装具業者 及びその事 業所の名称				

補装具の購入修理に要する費用の額計算欄（※納入日は空欄としてください。）

納入日	品 名	数量	単価	金額	利用者負担額
※					
補装具の購入修理に係る国が定める利用者負担額の合計額①					

当月補装具の購入修理に係る利用者負担額助成金額の請求額 ①		円
-------------------------------	--	---

	枚中		枚
--	----	--	---