

※「補装具費支給決定のお知らせ」を確認してご記入ください。

(例) 請 求 書

No. _____

金 額 (公費負担額)	公費負担額⑥	円	うち消費税及び 地方消費税額	非課税	円
件 名 補装具の購入・修理に係る補装具費分					
内 訳		納 入 先	障害者支援課		
品 名 (支給券番号・氏名・ 補装具の名称)	数 量	単 位	単 価 (上段：見 積 額 下段：利用者負担額)	金 額 (公費負担額)	
支給券番号①・氏名② 補装具の名称③			見 積 額④ 利用者負担額⑤	円	円 公費負担額⑥
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日 ←空欄でお願いします。					
住 所 事業所登録をいただいている住所					
社名(団体名) " 社名(団体名)					
代 表 者 名 " 代表者名					
市 川 市 長 (印)					
印		領 収 証			
紙		上記のとおり領収しました。			
		平成 年 月 日			
		住 所			
		社名(団体名)			
		代 表 者 名			
市 川 市 会 計 管 理 者		印			

補装具費支給決定のお知らせ

装具の購入・修理について、下記の通り決定しましたので、通知します。

記

支給券番号		①	支給決定 年月日	
対象者	氏名	②	生年月日	
	居住地			
購入・修理に係る 補装具の名称		③		
基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
	④ 円	⑤ 円		⑥ 円
市助成の有無				
有 ・ 無				

<連絡事項>

後日、ご本人様より支給券と代理受領委任状が届きましたら、本人負担金を受領いただき、市所定の請求書・明細書と一緒にご返送ください。

また、市の助成がある方については、ご本人負担はありませんので、上記の支給券・代理受領委任状の他に助成券がご本人様より届きますので、助成用の請求書・明細書も合わせて市川市役所障害者支援課までお送り下さい。

なお、市所定の請求書等の様式については、市川市のホームページより、ダウンロードしていただけますのでご利用ください。

{ 障害者支援課のトップページ⇒4. 事業者の方へ⇒地域生活支援事業にかかる様式集（事業者用）
⇒補装具交付・修理事業⇒請求書（補装具）または明細書（補装具） }