

横浜市 区長

印

補装具費特別助成券

次のとおり決定します。

対象者	氏名			
	住所	生年月日		
		電話番号		
		電話番号区分		
		FAX番号		

補装具名称 (種目)			購入・修理	
特別助成対象額	価格	自己負担額	公費負担額	

業者名			電話番号	
-----	--	--	------	--

適合判定年月日	令和×年×月×日	判定員職氏名	〇〇病院 〇〇 〇〇		
---------	----------	--------	------------	--	--

受領年月日	令和×年×月×日	受領者氏名	横浜 港	本人との 関係	本人
-------	----------	-------	------	------------	----

※区役所記入欄

判定確認年月日	令和×年×月×日	判定確認者氏名	福祉保健センター 横浜 花子		
---------	----------	---------	----------------	--	--

適合判定を行った日付及び医師名を記載。
原則、意見書を要する種目はすべて記載が必要。
(意見書不要の修理は記載不要)。