

御中

横浜市 区長

印

## 補装具費支給券

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		
	F A X 番号			

保護者	氏名		続柄	
	住所	生年月日		
		電話番号		
		電話番号区分		
	同居区分			

補装具名称 (種目)				購入・修理	
支給対象額	価格	自己負担額	公費負担額	負担上限額	

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
---------	-----------	---------	------------------

費用負担年月

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)。