

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更届

年 月 日

花巻市長 様

届出者住所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

認定者との続柄 _____

認定者氏名 _____

認定番号	—
------	---

花巻市在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱第5条の規定により、別添関係書類を添えて届け出ます。

変更年月日	年 月 日
変更事項 (該当する番号に○印を付けてください。)	(1) 氏名の変更 (2) 花巻市内での住所変更 (3) 1日当たりの酸素吸入時間の変更 (4) 助成金振込指定口座の変更
変更後の内容	

(留意事項)

この認定変更届については、以下の書類の添付等をお願いします。

- 1 (3)の変更の場合 在宅酸素療法指示書 (写し)
- 2 (4)の変更の場合 預金通帳 (写し) (氏名及び口座番号の記載があるもの)