

認定番号	—
助成金請求書の提出	有・無
新規・継続の別	新規・継続

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定申請書

年 月 日

花巻市長 様

認定者 氏名 ㊟

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4条第1項の規定により、別添関係書類を添えて申請します。

在宅酸素濃縮器使用者	ふりがな 氏名		性別		生年月日	( 歳 ) 年 月 日
	住所	〒 — 電話 ( )				

1 在宅酸素濃縮器使用状況

疾患名 ( 障害名 )	
1日当たりの酸素濃縮器の使用時間	1 1日12時間まで    2 1日12時間を超え24時間まで
在宅酸素濃縮器の使用開始年月日	年 月 日
診断を受けた医療機関名	

上記「1日当たりの酸素濃縮器の使用時間」欄には、該当する番号に○印をしてください。

2 助成金振込指定口座

金融機関名	店番号	口座種別	口座番号	口座名義人 (カタカナ)
	支店 (支店コード番号 )	普通・当座		

\*以下は申請者と使用者が違う場合のみ記入

申請者	氏名	使用者との続柄
	住所	( 〒 — )

注意事項

- この申請を提出する場合は、「在宅酸素療法指示書(写し)」を添付願います。
- 口座名義人は原則、使用者本人としてください。やむを得ず本人以外の口座となる場合は、その範囲を民法上の扶養義務者(配偶者、直系血族及び兄弟姉妹)としてください。また、本人以外の口座の場合、助成金の請求の際に続柄を確認できる書類の添付が必要です。

助成対象	身体障害者手帳所持の有無	無・有( )級	障害年金受給の有無	無・有( )級
	特別児童扶養手当受給の有無	無・有( )級	酸素の種類	酸素濃縮器・液体酸素