

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成資格喪失届

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6条の規定により、別添関係書類を添えて届け出ます。

資格喪失年月日	年 月 日
資格喪失事項 (該当する番号 に○印を付けて ください。)	(1) 死亡 (2) 疾患の治癒 (3) 花巻市外への住所変更 (4) その他 ()