

様式第1号(第4関係)

| | |
|-----------|-------|
| 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

一関市長 様

申請者 氏名 (印)

一関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の規定により、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|-------------|--------------|--|----|--|------|--------------|
| 在宅酸素濃縮器の使用者 | (ふりがな) 氏名 | | 性別 | | 生年月日 | (歳) 年 月 日 |
| | 住所 | | | | | |

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時間以下 ② 1日12時間超 |
| 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 | |

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) |
| | | 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 | (〒 —) | | |

※申請の際には、在宅酸素濃縮器を使用するための医師の指示書又は処方箋等の写しを添えてください。