

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

盛岡市在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成申込書

年 月 日

盛岡市長 谷藤 裕明 様

申込者住所

氏名

(本人以外の場合、続柄： )

連絡先

盛岡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第1項に基づき、別添関係書類を添えて申込みします。

1 在宅酸素濃縮器使用者

氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	

2 世帯の状況

続柄				
氏名				
生年月日				

3 在宅酸素濃縮器使用状況

疾患名	
1日当たりの使用時間	1日12時間まで ・ 1日12時間を越え24時間まで
使用開始年月日	年 月 日
医療機関名	

4 備考

- (1) 医療機関からの診断書又は酸素濃縮器の使用に関する指示が確認できるものを添付願います。
- (2) 初めて本申込書を提出する場合は、「認定番号、助成金請求書の提出、新規・継続の別」への記載は不要です。