

盛岡市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

盛岡市長 内 舘 茂 様

届出者住所 〒

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7に基づき、別添関係書類を添えて届出します。

被 助 成 者	氏名	(認定番号 -)	
	生年月日	年 月 日	
	住所	盛岡市	
資格喪失年月日		年 月 日	
資格喪失理由		(1) 死亡した (2) 市外へ転出した (3) 疾患が治癒し、酸素濃縮器を使用する必要がなくなった。 (4) 下記の医療費助成を受けることになった (乳幼児医療費・ひとり親家庭等医療費・妊産婦医療費 寡婦等医療費・重度心身障がい者医療費・中度身体障がい者医療費 小学生医療費・中学生医療費・高校生等医療費) (5) その他 理由：	*該当するものを○で囲う。
在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成の請求について		資格喪失した年の助成金を (1) 請求します (2) 請求しません	