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

令和〇年 〇月 〇日

盛岡市長 内 館 茂 様

届出者住所 〒020-0884

盛岡市神明町3-29

氏 名 盛岡 一郎

(本人以外の場合、続柄： 長男)

連絡先 019-603-8306

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	盛岡 太郎	(認定番号入しない)
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	
	住所	盛岡市神明町3-29	
資格喪失年月日	令和〇年 〇月 〇日		
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) (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		