

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成認定（継続）申請書

令和 年 月 日

古平町長 様

申請者 氏 名 ㊟

難病患者等酸素濃縮器使用助成の認定を受けたいので、別添関係書類を添えて申請します。

使 用 者	住 所	〒 -				TEL ()	
	ふりがな氏名		性別	男女	生年月日	明・大昭・平	年 月 日 (才)
	疾患名(障害名)						
申 請 者 本人の場合は 記入不要	住 所	〒 -				TEL ()	
	ふりがな氏名						
	使用者との続柄						

振込口座	銀行 信金	支店	口座 番号	普通・当座	口座名義人
					カタカナで書いてください

- (注) 1 預金通帳で確認の上、記入してください。
 2 振込口座は原則使用者本人名義の口座としてください。ただし、口座名義人が異なる場合はその理由を記入してください。

理由

医師の証明欄

1日当たりの酸素濃縮器使用時間 (ア、イの該当する方に○をしてください。)		酸素流量	使用開始 年 月 日	証 明 欄
ア 1日12時間未滿	イ 1日12時間以上	l/min	年 月 日	左記のとおり指示していることを証明します。 令和 年 月 日
前年度における使用状況 (継続申請の場合のみ記入してください。)				医療機関名
年 月 日～ 年 月 日 まで使用 (年 月 日～ 年 月 日 まで使用休止)				医師氏名 ㊟

※住民票を添付してください(継続申請の場合は不要です)