

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成金請求書兼継続認定申請書

北海道知事様

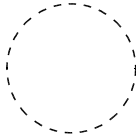
平成 年 月 日

請求・申請の区分
(該当する に✓を入れること)

助成金の請求及び継続申請
継続申請のみ

資格喪失に伴う請求

すて印



請求者 (申請者)	住 所	〒 -	
	電話番号	()	
	氏 名	印	

平成 年分の在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成金を次のとおり請求します。

(助成金の請求をしない場合、以下は 印の箇所のみ記載してください)

				認 定 番 号	-
フリガナ 認定者氏名		請 求 (申請)者 との続柄		助成認定の始期	平成 年 月から
振込口座	銀 行 名	店番号		普 通	口 座 番 号
			支店	()	
					口座名義人(カタカナで)

口座名義人は請求者のものであること 「助成認定の始期」欄については、請求年に新規認定となった場合のみ記入すること

請求額 記載方法は裏面を参照してください。	円	査定額	円
1,000円×支給月_____ヵ月=_____円		1,000円×支給月_____ヵ月=_____円	
2,000円×支給月_____ヵ月=_____円		2,000円×支給月_____ヵ月=_____円	
合 計	_____円	合 計	_____円

助成対象月数算定欄(対象期間 _____月から _____月まで _____ヵ月)
〔区分 _____〕休 止 月 数 _____ヵ月(小数点以下切捨)(休 止 日 数 _____日/30 = _____)
支 給 月 数 _____ヵ月 (助成対象月 _____ヵ月 - 休止月 _____ヵ月 = _____)

使用区分(時間)が二種類となる場合は記載してください。
〔区分 _____〕休 止 月 数 _____ヵ月(小数点以下切捨)(休 止 日 数 _____日/30 = _____)
支 給 月 数 _____ヵ月 (助成対象月 _____ヵ月 - 休止月 _____ヵ月 = _____)

(ア 酸素濃縮器 イ 人工呼吸器)の指示状況兼医師の証明欄 ア・イはどちらかに を付してください

1日当たりの酸素濃縮器・人工呼吸器の使用時間 ア 12時間未満(l/min) イ 12時間以上(l/min)	前年(1月1日～12月31日)の使用指示期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 資格喪失の場合は当該年
使用時間に変更があった (区分 _____)(区分 _____) 平成 _____年 _____月 _____日から	休止状況 平成 _____年 _____月 _____日 ~ 平成 _____年 _____月 _____日(_____日) 平成 _____年 _____月 _____日 ~ 平成 _____年 _____月 _____日(_____日) 平成 _____年 _____月 _____日 ~ 平成 _____年 _____月 _____日(_____日) 平成 _____年 _____月 _____日 ~ 平成 _____年 _____月 _____日(_____日)

上記のとおり指示していることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

保 健 所 収 受 印

認定者と請求者(口座名義人)が異なる理由(異なる場合のみ 印をしてください)
認定者以外の口座の場合、請求者の範囲は民法上の扶養義務者(配偶者、直系血族、兄弟姉妹)としてください

1 使用者が未成年のため
2 使用者を扶養のため(未成年以外)
3 使用者が死亡のため

戸籍謄本又は続柄のわかる住民票・健康保険証写し添付 ←

→ 除籍謄本添付