

認定番号

-

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成認定申請書

(新 規)

平成 年 月 日

北 海 道 知 事 様

酸素濃縮器等 の使用者	ふりがな 氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
	住 所	〒 - ()					

医 師 の 証 明 欄			
疾 患 名 (障害名)			
使用している 機器の種類 (該当する方に を付して ください)	使用開始年月日	1日当たりの酸素濃縮器 または人工呼吸器の使用時間 (該当する方に を付してください)	酸 素 流 量
ア 酸素濃縮器	平成 年 月 日	ア 1日 12時間未満	l / min
イ 人工呼吸器		イ 1日 12時間以上	
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 医師氏名 印			

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成を受けたいので、別添関係書類を添えて申請します。
使用者と申請者が異なる場合のみ記入

申請者	ふりがな 氏 名		使用者との続柄	
	住 所	〒 - ()		

住民票を添付してください。

健康推進課収受印

保健所収受印