

多賀城市在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成金受給者登録申請書

令和 年 月 日

多賀城市長 殿

申請者 住 所 多賀城市

氏 名

電話番号

多賀城市在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成事業実施要綱に基づき助成を受けたいので申請します。

|          |   |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|---|----------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 対象者氏名    | 生年月日  | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者    | 県第 号 種 級<br>( 年 月 日交付)  |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 手 帳      | 障害名   |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 助成金      | 銀行・信用金庫・農業協同組合・労働金庫 本・支店  |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先普通・当座 | 口座番号  | 口座名義人                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |   |                      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |

添付書類：医師が作成した酸素濃縮器使用指示書及び酸素濃縮器使用証明書  
(3箇月以内に作成されたもの)