|  |
| --- |
| 非常用電源装置等使用証明書（大野町要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成金交付申請用） |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 障がい名又は疾病名 |  |
| 使用している電気式の医療機器（該当にチェック） | □　人工呼吸器　　　　　　□　酸素濃縮器□　電気式吸入器　　　　　□　電気式たん吸引器□　持続注入ポンプ（栄養）□　その他（機器名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用頻度 | □　１日あたり　　　　時間　～　　　　時間程度□　１時間につき　　　　回　～　　　　　回程度 |
| 上記の医療機器を必要とする理由等 |  |
| 大野町長　宛上記の患者が、「大野町要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成金」の交付を申請するにあたり、在宅において常時電気式の医療機器を使用していることを証明する。　　　　　年　　　月　　　日病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式第３号（第５条関係）