

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)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> 電気式吸入器 <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 持続注入ポンプ (栄養) <input type="checkbox"/> その他 (機器名: _____)
使用頻度	<input type="checkbox"/> 1日あたり                      時間 ~                      時間程度 <input type="checkbox"/> 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。  <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 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) _____	