

様式第1号(第3条関係)

高梁市在宅酸素療法者電気料助成事業助成金支給(変更)申請書

年 月 日

高梁市長 様

申請者

住 所

氏 名

(本人の自署による署名又は記名押印をしてください。)

(電話番号)

高梁市在宅酸素療法者電気料助成事業実施要綱第3条に基づき、次のとおり、在宅酸素療法者電気料助成金の支給を申請します。なお、支給決定に必要な課税状況の調査を高梁市が行うことに同意します。

対象者	氏 名		年 月 日生
	住 所		申請者との続柄
(医療機関の証明)			
上記の者は、年 月 日より、 酸素流量 安静時(通常時) リットル/分、労作時 リットル/分の 酸素濃縮装置の使用が必要な在宅酸素療法者であることを証明する。			
年 月 日			
医療機関 所在地			
名 称 代表者の自署による署名又は記名押印をしてください。			
備 考			

※ 対象者の世帯構成員の中に、高梁市への転入により当該年度(4月から6月にあつては前年度)の市民税課税状況を高梁市で確認できない者がいる場合は、前住所地等で発行された課税証明書を添付すること。