

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)

令和 年 月 日

北海道知事様

酸素濃縮器等の使用者	氏名		性別	男女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	住所	〒 — TEL ()				

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 ※1 在宅酸素療法指導管理料 イ 人工呼吸器 ※2 在宅人工呼吸指導管理料	令和 年 月 日	ア 1日 12時間未満 イ 1日 12時間以上	l/min
上記のとおり指示していることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ (記名)			

※1・2 … 保険請求において各指導管理料が算定できる機種を対象としています。

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	氏名		使用者との続柄	
	住所	〒 — TEL ()		

○使用者の住民票を添付してください。

地域保健課収受印

保健所収受印