様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

伊達市在宅酸素療法者酸素濃縮器使用助成受給資格認定申請書

伊達市長

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

在宅酸素療法者濃縮器利用助成資格の認定を受けたいので、伊達市在宅酸素療法者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱第４条第１項の規定に基づき、次のとおり申請します。

１　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 性別 | 　　　（　　　男　　・　　女　　　） |
| 電話番号 |  |

２　身体障害者手帳

|  |  |
| --- | --- |
| 交付日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 番号 | 第　　　　　号 |
| 障害の等級 | 種　　　　　級 |
| 障害の種類 |  |

３　助成金の振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　支店 |
| 口座種類 | 普通預金・その他 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |