|  |
| --- |
| 人工呼吸器等使用証明書（北谷町医療的ケア児非常用電源装置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（ネブライザー）□　電気式たん吸引器（サクション）□　その他（機器名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用頻度 | □　１日当たり　　　　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 |  |
| 北谷町長　様上記の患者が、北谷町医療的ケア児非常用電源装置購入費助成金の交付を申請するに当たり、在宅において生命及び身体機能の維持に必要な電気式の医療機器を日常的に使用していることを証明します。　　　　　年　　　月　　　日病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　科　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

第２号様式（第７条関係）