様式第１（第4条関係）

鹿児島市人工呼吸器・酸素濃縮器使用電気料助成資格認定兼支給申請書

年　　月　　日

　鹿児島市長　殿

住　　所

申請者

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

電話番号

　鹿児島市人工呼吸器・酸素濃縮器使用電気料助成事業に基づく助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成の決定に関して助成対象者及び生計中心者の課税資料を閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 住　　所 |  |
| 障害者手帳 | 手帳番号交付日 | 第　　　　　　号　年　　　月　　　日交付　 | 等　級 | 級 |
| 障害名 | １　呼吸器機能障害（自己身辺生活活動制限）２　呼吸器機能障害（家庭内生活活動制限）３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現　在　の　状　況 | 在　宅　　　・　　　入院中 |
| 治療を受ける病院等 |  |

助成金振込先金融機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 口　座 | 口　座　番　号 | 名　義　（カタカナ） |
| 銀　　行信用金庫農　　協 | 本　店支　店出張所 | 普・当 |  |  |

※医師の指示書（コピー可）又は人工呼吸器・酸素濃縮器使用証明書を添付してください。