様式第３号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 非常用電源装置等使用証明書（山県市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成事業交付申請用） |
|  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 障がい名又は疾病名 |  |
| 療養の状況（該当にチェック） | □　在宅　　□　入所　　□　入院在宅以外の場合、施設等の名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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　　　　　　　□　酸素濃縮装置□　ネブライザー（吸入器）　□　サクション（電気式たん吸引器）□　持続注入ポンプ（栄養）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 使用頻度 | 　１日あたり　　　　時間　～　　　　時間程度 |
| 上記の医療機器を必要とする理由等 |  |
| 山県市長　様上記の患者が、山県市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成事業の助成金を申請するにあたり、以上のとおり電気式の医療機器を使用していることを証明する。　　　　　年　　　月　　　日病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　 　　 　　　 医師氏名（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |