

長井市在宅酸素療法者助成金支給申請書

長井市長 宛

年 月 日

長井市在宅酸素療法者助成事業実施規程第 5 条の規定により助成金の支給を申請します。

申 請 者 氏 名	⑤	生 年 月 日	年 月 日
申 請 者 住 所 (電 話 番 号)			
助 成 金 支 給 申 請 期 間	年 月 ～ 年 月 (月分)		
う ち 在 宅 酸 素 療 法 休 止 期 間	入院・その他	年 月 日から 年 月 日	
	入院・その他	年 月 日から 年 月 日	
	入院・その他	年 月 日から 年 月 日	
助 成 金 振 込 先	金融機関名		
	口座名義人		
	口 座 番 号	普通 当座	

(事務処理欄)
助成金の額
月額 円× 月分(休止期間 月分除く) = 円

確認者 職 氏名