

様式第6号

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	⑨	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