

様式第2号（第5条関係）

| 非常用電源装置等使用証明書 (下呂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補助金交付申請用) | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 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) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮装置 <input type="checkbox"/> ネブライザー（電気式吸入器） <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> その他（機器名：） |
| 使用頻度 | |
| 上記の医療機器を 必要とする理由等 | |
| 下呂市長様 | |
| 上記の者が、「下呂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補助金」の交付を申請するにあたり、在宅において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 | 科 |
| 医師氏名（署名） | |