

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成休止(再開)届

令和 年 月 日

古平町長 様

届出者 住所 古平町大字 町

氏名 印

電話

使用者との続柄

使用者 氏名

認定番号			一				
------	--	--	---	--	--	--	--

次のとおり休止(再開)したので届け出します

休止(再開)年月日	
休止(再開)理由	

(注) この様式は次の場合に提出してください。

- ア 医療機関に入院し、30日を越えた時点(再開は、退院の時点)
- イ 施設等に入院し、30日を越えた時点(再開は、退所の時点)