

在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成資格喪失届

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									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成資格を喪失したので届け出ます。

助成資格喪失年月日	令和 年 月 日
助成資格喪失の理由	

(注) この様式は次の場合に提出してください。

ア 酸素濃縮器等を使用しなくなったとき (死亡、治癒等)

イ 転出したとき