

様式第7号（第5条関係）

尾花沢市在宅酸素療法者助成金支給申請書

尾花沢市長 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係：本人・家族()

尾花沢市在宅酸素療法者助成事業実施要綱第5条の規定により助成金の支給を申請します。

受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者住所			
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

確認者氏名