

様式第2号(第4条関係)

横瀬町在宅酸素療法受診証明書

対象者	住 所	横瀬町大字		
	氏 名			
	生 年 月 日	M・T・S・H	年 月 日	
	基 礎 疾 患			
在宅酸素療法受診内容	実 施 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
	メーカ一名種機			
	使 用 流 量 × 時 間 (1 日)	安静時 労作時・後 就寝時	1/分 × 1/分 × 1/分 ×	時間 時間 時間
酸素濃縮装置を使用し、在宅酸素療法による治療を受けたことを証明願います。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 (医療機関の名称及び氏名) 様				
上記のとおり、酸素濃縮装置を使用し、在宅酸素療法による治療を受けたことを証明します。 年 月 日 (医療機関の名称及び氏名) 印				

この証明書は、横瀬町在宅酸素療法者酸素濃縮装置利用給付金申請に使用するものです。