

様式第3号(第4条関係)

酸素濃縮装置使用証明願

年 月 日

様

横瀬町在宅酸素療法者酸素濃縮装置利用給付金申請のため、下記事項について証明願います。

住 所 横瀬町大字 _____

氏 名 _____ 印

酸素濃縮装置使用証明書

使 用 者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
酸素濃縮装置の種類	<input type="checkbox"/> 吸着型 <input type="checkbox"/> 膜 型 <input type="checkbox"/> その他()			
メ ー カ ー 名				
種 類 ・ 型 式				
購 入 年 月 日				

上記記載事項に相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所 _____

会 社 名 _____ 印

電話番号 _____

担 当 者 _____