

第1号様式(第4条関係)

相模原市人工呼吸器使用者非常用電源給付 申請書

年 月 日

相模原市長 あて

|     |    |        |
|-----|----|--------|
| 申請者 | 住所 | 相模原市 区 |
|     | 電話 |        |
|     | 氏名 |        |

相模原市人工呼吸器使用者非常用電源給付事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

|                |   |  |             |  |
|----------------|---|--|-------------|--|
| 給付対象者          | 住所  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>〒<br>相模原市 区   |             |  |
|                | ふりがな<br>氏名  |  | 申請者との<br>続柄 |  |
|                | 生年月日  | (T・S・H・R) 年 月 日  |             |  |
| 非常用電源          | 種目<br>いずれか<br>1つ  | <input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機<br><input type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池)<br><input type="checkbox"/> DC/ACインバーター(カーインバーター) |             |  |
|                | 業者名称  |  |             |  |
| 小児慢性<br>特定疾病医療 | ※ <input type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 認定なし   |  |             |  |
| 指定難病医療         | ※ <input type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 認定なし   |  |             |  |
| 同意欄            | ※給付決定のために必要な場合、私及び私の世帯員の市民税等収入状況につき、相模原市長が調査する事に同意します。<br>※購入に必要な費用の一部又は全部を業者が市へ請求する事に同意します。<br>※小児慢性特定疾病医療及び指定難病医療の認定に関して、関係部署と情報共有することに同意します。<br><br><p style="text-align: right;">氏名 _____</p> |  |             |  |

【注意】

- 非常用電源については、別紙見積書に記した機器要件に適したものを選んでください。
- 非常用電源については、カタログのコピー等、製品の概要、仕様が分かる資料を添付してください。