

証明・意見書 (宝塚市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源購入費助成金申請用)	
氏 名	
生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女
障 害 名 又 は 疾 病 名	
呼吸機能障害 の状況	☐ 呼吸器機能障害 3 級以上の障害又はこれと同程度の呼吸器 機能障害がある (状況)
使用している 人工呼吸器等	☐ 人工呼吸器 ☐ 電気式たん吸引器
備 考	
宝塚市長 宛 上記の患者が、「宝塚市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源購入費助成事業」の助成金を申請するにあたり、身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号に定める呼吸器機能障害 3 級以上の障害又はこれと同程度の呼吸器機能障害があり、在宅にて人工呼吸器等を使用していることについて、証明・意見いたします。 年 月 日 病院または診療所の名称 _____ 所在地 _____ 診療担当科名 _____ 科 担当医師名 _____ 印	

【備考】①該当する場合、□にチェック
②この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。