

別記様式第1号（第3条関係）

尾花沢市在宅酸素療法者助成金受給者登録申請書

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3条の規定により登録申請します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所			
身体障害者手帳	県第 号（ 年 月 日交付） 種 級		
	障 害 名		
在宅酸素療法開始時期	年 月 日		