

医療的ケア児非常用電源装置購入費助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

申請者（保護者） 住 所
氏 名

医療的ケア児非常用電源装置購入費助成事業による助成を受けたいので、五島市医療的ケア児非常用電源装置購入費助成事業実施要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請します。

対象児童	氏名		生年月日 年　月　日	
	住所　五島市			
助成を希望する種目・品名等	種　目	☐ 発電機		☐ 蓄電池
	品　名	(メーカー・製品名・型番等)		
身体障害者手帳	☐ 有 手帳番号　　　　　　　　　交付年月日 第　　　　　　　　　号　　　　　　　　　年　月　日 ☐ 無			
使用する医療機器	☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 電動式吸入器 ☐ 電動式痰吸引機 ☐ その他（　　　　　　　　　）			
調査に係る同意 (同意する場合は☑)	☐ 医療的ケア児非常用電源装置購入費助成事業の申請に当たり、助成の決定に必要な住民登録資料について市長が閲覧することに同意します。			
添付書類	1 電源を要する医療機器を日常的に使用している証明書 2 非常用電源装置の金額を明記した見積書 3 その他市長が必要と認める書類			