第３号様式（第５条関係）

常時人工呼吸器を使用することの証明書

（羽島市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成申請用）

患者氏名	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
人工呼吸器の 装着理由	（原因となった疾患名） （装着となった経緯・人工呼吸器を必要とする理由）
使用している 人工呼吸器	□ 気管切開孔を介したもの □ 鼻マスクまたは顔マスクを介したもの □ その他（　　）
使用頻度	□　常時 □　間欠的（夜間のみなど） ※常時使用している方が、助成の対象となります。

（あて先）羽島市長

上記の患者が、「羽島市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成」の申請をするにあたり、在宅において常時人工呼吸器を使用していることを証明する。

年　　月　　日

病院又は診療所の名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療担当科名＿＿＿＿＿＿＿＿科　医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿