様式第３号（第５条関係）

非常用電源装置等使用証明書

（飛驒市要電源障がい児者災害時電源確保支援事業用）

患者氏名	
生年月日	年　　月　　日
障がい名又は疾病名	
在宅療養 （□にチェック）	該当　□
使用している 電気式の医療機器 （□にチェック）	人工呼吸器 □　　酸素濃縮装置 □　　ネブライザー　□ たん吸引器 □　　持続注入ポンプ（栄養）□ その他□（　　）
使用頻度	
上記の医療機器を 必要とする理由等	

飛驒市長　あて

上記の患者が、飛驒市要電源障がい児者災害時電源確保支援事業の助成金を申請するにあたり、在宅において電気式の医療機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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名（署名又は記名押印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿