

別記第2号様式

ヘルス指令第1号
年 月 日

住所

氏名

年 月 日付けで申請のあった 年度在宅人工呼吸器療養者
支援事業補助金については、在宅人工呼吸器支援事業補助金交付要綱第6条の規定に
より金 円に交付決定する。

年 月 日

公益財団法人 千葉ヘルス財団
理事長

別記第3号様式

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金交付請求書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団
理事長 様

〒
申請者住所
TEL
申請者氏名 印
患者との関係

年 月 日付けヘルス指令第 号で交付決定のあった在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金を、次のとおり請求します。

金 _____ 円

補助金口座振替依頼書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団

理事長 様

申請者住所

申請者氏名

印

私に、交付される補助金_____円は、下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

振込先金融機関名	金融機関 コード		支店 コード						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店						
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号							
振込先口座名	住所	〒 _____ 電話 () _____							
	フリカマナ 氏名				印	患者との関係			

別記第4号様式

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金交付 変更（取下げ）承認申請書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団
理事長 様

〒
申請者住所
TEL

申請者氏名 印

患者との関係

年 月 日付けで申請いたしました在宅人工呼吸器療養者支援事業
補助金交付を次のとおり変更（取下げ）したいので承認くださるよう申請します。

変更（取下げ）理由

（購入医療機器を変更する場合は、変更後の購入医療機器の見積書を添付すること。）

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金実績報告書

年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団
理事長 様

〒
申請者住所
TEL
申請者氏名 印
患者との関係

年 月 日付けヘルス指令第 号で交付決定のあった補助金により次のとおり医療機器を購入したので報告します。

購入年月日及び経費（支出を証する書類を添付すること）

- (1) 吸引器 _____年 月 日 _____円
- (2) 吸入器 _____年 月 日 _____円
- (3) パルスオキシメーター _____年 月 日 _____円