

- ・18歳未満は、更生医療指定医療機関担当医師に限定されます。
- ・18歳以上は、身体障害者福祉法による指定医に限定されます。

人工呼吸器使用証明書

氏名	
生年月日	年 月 日生
疾患名	
備考	

上記患者が「人工呼吸器用非常用電源」の給付を申請するにあたり、在宅にて人工呼吸器を使用していることを証明します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医氏名

印

※呼吸器機能若しくは心臓機能障がい1級または3級の手帳の交付を受けていない場合は、それと同程度の障がいがあることを備考欄に記載してください。