

# 家庭療養用具貸与申請書

貸与を希望する用具の種類		空気清浄機 ・ 加湿器			
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和	年 月 日 満 歳
患者氏名					
公害医療手帳の記号番号	大阪 ー	認定疾病の名称	慢性気管支炎 ・ ぜん息性気管支炎 気管支ぜん息 ・ 肺気しゅ		
障害の程度	級	公害医療手帳の有効期間	自 平成・令和	年 月 日	至 平成・令和
家族及び同居者	氏名	続柄	年齢	公害医療手帳の記号番号 (被認定者のみ記入)	障害の程度
			満 歳		級
			満 歳		級
			満 歳		級
加湿器を希望する場合あなたが家庭で使用する暖房器具の種類	石油ストーブ（室内排気型・屋外排気型）・ガスストーブ（室内排気型・屋外排気型） パネルヒーター ・ ホームコタツ ・ 電気カーペット ・ セントラルヒーティング ・ 練炭 ・ 豆炭 ・ その他( )				
大阪市公害健康被害被認定者家庭療養用具貸与要綱第4条の規定に基づき家庭療養用具(空気清浄機・加湿器)の貸与を受けたく申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 (被認定者との続柄 ) 電話 ー ー 大 阪 市 長					

※ 決定

- この申請は承認し、申請者あて通知するものとする。
- この申請は不承認とし、申請者あて通知するものとする。

(住所地付近略図)

・付近のわかりやすい目標(学校、役所など)を記入してください。

キ リ ト リ 線

・以下については別に送付する「家庭療養用具貸与承認通知書」を確認のうえ、受領の際記入押印してください。

**受 領 書**

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住所  
氏名  
電話 ー ー

令和 年 月 日付、第 号 により通知のあった貸与条件を承認のうえ、次の家庭療養用具を受領します。

- 品 名 空気清浄機 ・ 加湿器
- 機種番号

キ  
リ  
ト  
リ  
線

(様式第2号)

第 号

令和 年 月 日

家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）貸与承認通知書

住所

氏名

様

大阪市長

(公印省略)

令和 年 月 日付で申請のありました家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）の貸与につきましては、次のとおり承認となりましたので通知します。

記

次の条件をつけて承認します。

1. 貸与を受けた用具が滅失又はき損したときは、速やかに市長に届けてください。
2. 貸与を受けた用具は、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付けし又は担保に供することはできません。
3. 用具の取り付け、維持及び管理に要する費用（電気代等）は、申請者が負担してください。
4. 次のどれかに該当するときは、速やかに市長に届出のうえ、返還してください。
  - ①在宅療養者でなくなったとき。
  - ②障害の程度が特級又は1級に該当しなくなったとき
  - ③指定地域外に住所を移したとき。
  - ④死亡したとき。
  - ⑤その他市長が貸与の要件に合わなくなったと認めたとき。
5. 貸与を受けた用具を故意又は重大な過失により滅失又はき損させたとき又は承認の条件に違反したときは、その貸与が取り消され、返還しなければなりません。  
この場合その価格に相当する金額を賠償していただきます。

(様式第2号)

第 号  
令和 年 月 日

家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）貸与不承認通知書

住所  
氏名

様

大阪市長  
(公印省略)

令和 年 月 日付で申請のありました家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）の貸与につきましては、次のとおり不承認となりましたので通知します。

記

次の理由により承認できません。

(理由)

(様式第3号)

家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）貸与返還申請書

令和 年 月 日

大阪市長

住所  
氏名

家庭療養用具の貸与の要件に該当しなくなりましたので、大阪市公害健康被害被認定者家庭療養用具貸与要綱第8条の規定に基づき、次のとおり家庭療養用具（空気清浄機・加湿器）を返還します。

記

1. 返還者

氏名

公害医療手帳の記号番号（大阪 ー ）

2. 返還機種及び番号

3. 返還理由

- (1)在宅療養者でなくなった。
- (2)障害の程度が特級又は1級に該当しなくなった。
- (3)指定地域外に住所を移した。
- (4)死亡した。
- (5)その他（ ）

※上記のあてはまる番号に○をしてください。