

福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源購入費助成金交付申請書

年 月 日

福岡市長 宛

〒 -

【申請者】(対象者) 住 所 _____

※代筆可 氏 名 _____

【連絡先】 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 ()

電話番号 () _____

下記のとおり、福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業について申請します。また、補助金額の決定に際して、私及び私の世帯員について、住民基本台帳の記録及び市民税等課税状況の情報、生活保護の情報を担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

対象者	ふりがな		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 年 月 日 (歳)
	住 所	福岡市 区 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
【確認事項】 (1) (2) 両方に 該当が条件	<input type="checkbox"/> (1)対象者は、医療機関に入院または高齢者・障がい者施設等に入所していない。		
	<input type="checkbox"/> (2)対象者は、24時間人工呼吸器を使用している。		
助成を 希望する 種目・用品名	種 目	<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 <input type="checkbox"/> ポータブル電源等(蓄電池) <input type="checkbox"/> DC/ACインバーター	
	用 品 名	(メーカー・製品名・型番等) <input type="checkbox"/> 見積書に記載された用品と同じ ※カタログ・チラシの写し(コピー)等、製品の概要がわかる資料を添付すること	
購入を希望 する事業者 (販売店)	名 称	<input type="checkbox"/> 見積書に記載された見積者(事業者)と同じ	
助成金の 受領方法	<input type="checkbox"/> 償還払い <input type="checkbox"/> 事業者(販売店)への代理請求及び受領委任 ※裏面参照		
添付書類	<input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書(写真付き1点、または写真なし2点) <input type="checkbox"/> 様式2号 見積書 <input type="checkbox"/> 様式3号 人工呼吸器の使用状況に関する医師による証明書 (「訪問看護の情報提供書」を福岡市へ提出している場合は不要。訪問看護の情報提供書については、利用中の事業所へ確認すること。) ⇒ <input type="checkbox"/> 「訪問看護の情報提供書」の提出あり <input type="checkbox"/> 委任状(対象者本人(対象者が18歳未満の場合はその保護者)以外が申請を行う場合のみ)		

※該当する欄の□に☑を入れてください。

※身分証明書については、裏面を参照してください。

※状況に応じ、課税証明、生活保護証明等の提出を求める場合があります。

注意

市の助成決定前に購入した機器については、助成の対象となりません。

本人であることが確認できる公的な身分証明書について

1点でよいもの（官公庁が発行した顔写真付きの身分証明書）

- ・ 運転免許証（平成24年4月1日以後に交付された運転経歴証明書を含む。）
- ・ マイナンバーカード（通知カードは不可）
- ・ 旅券（パスポート）
- ・ 写真付き住民基本台帳カード
- ・ 身体障がい者手帳 等

2点以上必要なもの

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 共済組合員証
- ・ 年金手帳
- ・ 年金証書
- ・ 社員証・学生証
- ・ 預金通帳、各種カード類（氏名が確認できるもの） 等

※ ただし、健康保険被保険者証と診察券、預金通帳とキャッシュカードなど関連性のある書類の提示は、2点とはならず1点とみなします。

事業者(販売店)による代理請求及び受領について

申請者の負担軽減を図るため、申請者に代わって販売店からの助成金の請求も受け付けます。この場合、申請者は決定された自己負担額のみを販売店に支払うことで購入することができ、販売店が助成金を直接受領します。

『代理請求及び受領』を利用しない場合は、申請者が納品時に用品代金の全額を一旦負担することになります。

※『代理請求及び受領』は、すべての事業者（販売店）が対応しているものではありません。見積もりを依頼する事業者（販売店）に対応が可能かどうかを事前にご確認ください。

※『代理請求及び受領』を利用する場合も、助成金交付申請書（様式1号）は対象者から提出する必要があります。

お問い合わせ先・申請先

福岡市保健医療局保健所 精神保健・難病対策課難病疾病対策係
〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号
電話：092-711-4986 FAX：092-733-5535
Eメール：seishinhoken-nanbyo.PHB@city.fukuoka.lg.jp