（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**

**（福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業　申請用）**

|  |  |
| --- | --- |
| **患者氏名** |  |
| **生年月日** | **年　　　月　　　日（　　　歳）** |
| **疾病名** |  |
| **使用している****人工呼吸器** | **□ ＴＰＰＶ（気管切開口を介したもの）****□ ＮＰＰＶ（鼻マスクまたは顔マスクを介したもの）** |
| **使用状況** | **□ 常時（２４時間）****□ 間欠的（夜間のみなど）　→　助成対象外** |
| **療養場所が在宅で****あることの確認** | * **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。** |
| **備　　考** |  |
| **福岡市長　宛****上記の患者が、「福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業」の助成金を申請するにあたり、在宅にて常時人工呼吸器を使用していることについて、証明いたします。****年　　月　　日****病院または診療所の名称****所在地****診療担当科名　　　　　　　科　　担当医師名** |

**【備考】この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。**

**福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業**

**１．概要**

『福岡市在宅人工呼吸器使用者の非常用電源整備事業』は、常時人工呼吸器を使用する在宅の身体障がい者（児）及び難病患者等の方に対し、非常用電源装置等の購入に係る費用の一部を助成するものです。

1. **対象となる方**
	1. 福岡市の住民基本台帳に住民登録がある方
	2. 在宅において常時人工呼吸器（ＴＰＰＶ:気管切開下陽圧人工呼吸または

ＮＰＰＶ：非侵襲的陽圧換気）を使用している方

* + - 医療機関等に入院中の方及び障がい者施設、高齢者施設等（特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などを含む。）に入所中の方は対象外です。
1. **助成対象となる用品・性能・助成基準額**

助成の対象となる用品の種目、性能の要件及び助成基準額については、以下のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用品の種目 | 性能要件 | 耐用年数 | 助成基準額 |
| 正弦波インバーター発電機 | ガソリンまたはガスボンベ等で作動する正弦波インバーター発電機で、定格出力が850VA以上のもの | １０年 | 120,000円 |
| ポータブル電源等（蓄電池） | 蓄電機能を有する正弦波交流出力の電源装置で、定格出力が300W以上のものまた、人工呼吸器用のバッテリーで６時間以上使用可能なもの | ５年 | 65,000円 |
| DC/ACインバーター | 自動車用バッテリー等の直流電源（DC）を正弦波交流電源（AC）に交換する装置で、定格出力が300W以上のもの | ５年 | 30,000円 |

* + - 上記の用品の３種目のうち、１つについて助成。

**【お問い合わせ先】**

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