

(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<br>人工呼吸器     | <input type="checkbox"/> TPPV (気管切開口を介したもの)<br><input type="checkbox"/> NPPV (鼻マスクまたは顔マスクを介したもの) |
| 使用状況                | <input type="checkbox"/> 常時 (24時間)<br><input type="checkbox"/> 間欠的 (夜間のみなど) → 助成対象外              |
| 療養場所が在宅で<br>あることの確認 | <input type="checkbox"/> 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<br>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】この様式により難しいときは、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。

### 2. 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（T P P V：気管切開下陽圧人工呼吸またはN P P V：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。

### 3. 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ポ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<br>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 F A X：092-733-5535