

(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)
※NPPV の場合の 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、在宅にて上記のとおり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、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) 在宅において人工呼吸器（T P P V：気管切開下陽圧人工呼吸または常時（24 時間）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) 人工呼吸器等の 72 時間の電源確保が可能な非常用電源装置等を所持していない者

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ペ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	15 年	130,000 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 以上のもので、かつ容量が 1000Wh 以上のもの。	6 年	130,000 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