

神戸市在宅人工呼吸器使用患者
非常用電源購入費助成金申請書

令和 年 月 日

神戸市長 宛

郵便番号 —

【申請者】 住 所 区

氏 名 対象者との続柄()

電話番号 () —

下記のとおり、神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常用電源購入費助成金について申請します。当該助成金の決定のため、各関係機関への調査や照会、また、特定医療費等の受給状況等の確認について承諾するとともに、決定内容について事業者（見積作成者）へ通知することに同意します。

また、災害時への備えとして「個別災害対応マニュアル」作成の相談にあたり、区担当保健師への情報共有に同意します。

氏 名

対象者	ふりがな			生年月日	T・S・H・R 年 月 日生
	氏 名				
	住所 電話	区		電話：() —	
助成を希望する 種目・用品名	種 目	☐ 正弦波 インバーター発電機	☐ ポータブル電源等 (蓄電池)	☐ DC/AC インバーター	
	用 品 名	(メーカー・製品名・型番等) ☐ 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	☐ 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	☐ 償還払い ☐ 事業者(販売店)への代理請求及び受領委任				
人工呼吸器等 装着について (いずれかに チェックをつけ、 必要書類を添付)	☐ 特定医療費(指定難病)受給者証の写し、 小児慢性特定疾病医療費受給者証の写し			☐ 診断書または意見書	
	☐ 主治医のサイン 対象者については、在宅にて常時人工呼吸器(☐ 気管切開孔を介したもの・ ☐ 鼻マスクまたは顔マスクを介したもの)を使用していることに間違いありません。 医療機関の名称 _____ 担当医師氏名 _____ 印 ※ 担当医師氏名が、医師による直筆の場合は、押印の必要はありません。				

※ 該当する欄の□に☑を入れること。
※ 令和3年度より、申請者の身分証明書の写しの提出が必要です。(以下の場合をのぞく)
・ 対象者が申請者であり、かつ、申請時に、特定医療費(指定難病)受給者証の写し、または小児慢性特定疾病医療費受給者証の写しを添付している場合。
身分証明書については、裏面を参照してください。

注 意

市の助成決定前に購入した用品については、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）
- ・ 写真付き住民基本台帳カード
- ・ 宅地建物取引士証
- ・ 写真付き在留カード 等
- ・ 旅券（パスポート）
- ・ 写真付き公務員の身分証
- ・ 特別永住者証明書

2点以上必要なもの

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 年金手帳
- ・ 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
- ・ 共済組合員証
- ・ 年金証書

※ 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。

代理請求及び受領制度について

『代理請求及び受領』とは、障害のある方やそのご家族の負担軽減を図るため、障害のある方等（申請者）に代わって、事業者（販売店）が助成金の請求及び受領を行う制度です。『代理請求及び受領制度』を利用する場合は、申請者に代わって事業者（販売店）が神戸市に助成金の請求を行いますので、申請者は自己負担額で購入することができます。この制度を利用する場合は、委任状が必要です。

『代理請求及び受領制度』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。

『代理請求及び受領制度』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）に制度の利用が可能かどうかを事前にご確認ください。

お問い合わせ先・申請先・事業者（販売者）からの請求書送付先

神戸市健康局保健所保健課難病担当

〒650-8570 兵庫県神戸市中央区加納町 6 丁目 5 番 1 号

電話：0570-083-330 または 078-333-3330（内線 3363・3366）

FAX：078-322-6053