

常時人工呼吸器を使用することの証明・意見書
(神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常用電源整備事業申請用)

患者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
性 別	男 ・ 女
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)
使用頻度	☐ 常時 ☐ 間欠的
備 考	

神戸市長 宛

上記の患者が、「神戸市在宅人工呼吸器使用患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・意見いたします。

令和 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。

参考：「神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常用電源整備事業」について

神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常用電源整備事業

1. 概要

『神戸市在宅人工呼吸器使用患者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害者（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) 神戸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害者施設等（特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの高齢者施設を含みます。）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	障害者等または介助者が容易に使用可能な、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）	障害者等または介助者が容易に使用及び運搬可能な、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	障害者等または介助者が容易に使用可能な、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	50,000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】

神戸市健康局保健所保健課難病担当

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

FAX：078-322-6053

本事業の詳細や要綱、書類の様式等については、神戸市ホームページ上で公開しています