|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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（気管切開孔を介したもの）**  **□ 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　　　　　　　　　　　印** | | |

**【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。**

**参考：「神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常電源整備事業」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。

1. **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。

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 | 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管理係（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：078－331－8181（内線3363・3366）　ＦＡＸ：078－241－0567

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。

ＵＲL：