

(第1号様式)

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付申請書

年 月 日

(あて先) 川崎市長

申請者住所	〒 _____ (電話番号: _____)
申請者氏名	(対象者との続柄: _____)

次のとおり申請します。

【給付対象者】 ※該当する□に☑を入れる

ふりがな			
氏名	生年月日	年 月 日 (才)	
住所・連絡先	〒 _____ 川崎市 _____ 区 (電話番号: _____)		
使用している人工呼吸器	<input type="checkbox"/> TPPV (気管切開孔を介したもの)		
	<input type="checkbox"/> NPPV (鼻マスクまたは顔マスクを介したもの)		
使用頻度	<input type="checkbox"/> 24時間人工呼吸器を使用している		

【購入予定製品】 該当する品目欄の□に☑を入れる

種目 ※以下3種目のうちから 1種を選択	性能要件	耐用年数	給付上限額
<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機	人工呼吸器利用者又は介助者が容易に使用可能な、ガソリン又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
<input type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池)	人工呼吸器利用者又は介助者が容易に使用及び運搬可能で、放電後に外部電源により充電が可能な、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	3年	60,000円
<input type="checkbox"/> DC/ACインバーター(カーインバーター)	人工呼吸器利用者又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)に変換する装置で、定格出力が300W以上のもの	5年	45,000円

【購入予定製品の詳細等】

製造メーカー	製品名・型番	購入予定価格	購入希望事業者(販売店名)

注意

- 購入予定製品について、カタログ・チラシの写(コピー)等、製品の概要がわかる資料を添付してください。

(裏面へ)

【世帯における最多課税者】

世帯における最多課税者氏名： _____	世帯の人数： _____ 名
----------------------	----------------

※所得区分に応じて申請者負担が生じます。※最多課税者の市民税所得割額が46万円以上の方は給付対象外です。

※耐用年数内は、同種目、他種目問わず、再度の申請はできません。

同意事項

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業における所得区分の決定等について、私の世帯状況や世帯の市民税課税状況を川崎市が確認することに同意します。

年 月 日

氏名 _____