

24 時間人工呼吸器を使用することの証明・意見書

川崎市長 あて

下記の患者が「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、給付費を申請するのにあたり、在宅にて 24 時間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。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名 科 医師氏名 _____ 印

患者氏名	
生年月日	年 月 日
疾病名	
使用している人工呼吸器 (該当する欄に☑をお願いします。)	<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)
人工呼吸器使用頻度 (該当する欄に☑をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 24 時間、常時人工呼吸器を使用している。 <input type="checkbox"/> 上記以外の使用頻度である。
備考	

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業について（概要）

1. 川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業の概要

24 時間人工呼吸器を使用する在宅の方へ、災害時に生命を維持する上で必要となる非常用電源装置等を給付することによって、災害時における要援護者の支援体制の拡充を図ることを目的にしている事業です。

2. 給付対象者

川崎市の住民基本台帳に住民登録がある方で 24 時間人工呼吸器使用者の方です。ただし、医療機関等に入院中の方、障害者支援施設等に入所中の方及び最多課税者の市民税所得割額が 4 6 万円以上の方を除きます。

3. 給付の内容について

各種目における性能要件を満たす機器について、市民税所得割額等に応じて、給付を行います。

種目等については、以下の表のようになります。（要綱一部抜粋）

種目	機器要件	耐用年数	給付上限額
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	10 年	120,000 円
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
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

4. お問い合わせ先

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課 障害児福祉係

電話番号： 044-200-3796

F A X： 044-200-3932