

## 川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、24時間人工呼吸器を使用する在宅の方（以下、「在宅人工呼吸器使用者」という。）が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（以下、「非常用電源」という。）を確保することによって、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給付を行う。

### (実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、川崎市とする。

### (給付対象者)

第3条 本事業の対象者は、川崎市の住民基本台帳に住民登録がある者で、次号に該当することを要件とする。ただし、医療機関等に入院中の者及び障害者支援施設等（特別養護老人ホーム等の高齢者施設や障害児入所施設等を含む。）に入所中の者及び世帯における最多課税者の市民税所得割額が46万円以上の者を除くものとする。

(1) 生命・身体機能の維持のため、24時間人工呼吸器を在宅で使用する者

### (給付対象)

第4条 本事業の給付の対象となる非常用電源は、新たに購入されるもので、次の各号に掲げるものとする。

(1) 正弦波インバーター発電機

(2) ポータブル電源（蓄電池）

(3) DC/AC インバーター（カーインバーター）

2 非常用電源の仕様は別表1に定めるとおりとする。

3 非常用電源の納品に付属する配送費用も給付対象とする。

4 非常用電源の購入先は、川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付見積書（第2号様式）を作成した業者からのみとする。

5 第1項第2号については、診療報酬対象となったものは除く。

### (給付額)

第5条 給付額は非常用電源の種目により異なり、別表1に定める金額をそれぞれ上限とし、予算の範囲内で給付するものとする。

### (給付回数)

第6条 給付する非常用電源は別表1にある、種目の中から1種類、1製品のみとする。

2 給付日より、別表1の耐用年数に規定する期間を経過しない場合は、本要綱に規定する給付は行わない。

(給付申請)

第7条 給付を申請する者は、次の各号に掲げるものを市長に提出するものとする。

- (1) 川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付申請書(第1号様式)
- (2) 川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付見積書(第2号様式)
- (3) 購入予定の非常用電源の仕様が確認できるもの
- (4) 第3条1号に該当していることを証する医師の診断書又は意見書等
- (5) 世帯の最多納税者とその市民税所得割額が確認できるもの

(給付の決定)

第8条 市長は、申請に基づき内容を審査の上、申請者に「川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付決定通知書」(第3号様式)及び「川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付券」(第4号様式、以下「給付券」という。)を交付する。

2 審査の結果、給付をしないことと決定したものについては、「川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付却下通知書」(第5号様式)を申請者に交付するものとする。

(決定内容の変更)

第9条 前条第1項の規定により交付の決定を受けた者が、当該決定内容の一部を変更する場合は、市長に給付券を返還した後、第7条第1号から第3号の申請書類を提出し、再度交付の決定を受けなければならない。

2 購入を中止しようとするときは、「川崎市在宅人工呼吸器等使用者災害時電源給付申請取下書」(第6号様式)を提出しなければならない。

3 一旦給付券を使用し、給付を受けた場合には、給付された機種の耐用年数を経過するまで給付内容の変更を行うことはできない。またその他の条件については、第13条と同様に取り扱う。

(費用の負担及び支払)

第10条 給付の対象者又は対象児の保護者(以下「給付対象者等」という。)は、その所得の状況に応じて、費用の一部を負担するものとする。

2 給付対象者等が負担する額は、第5条で定める給付上限額(その額が現に当該非常用電源に要する費用の額を超えるときは、当該現に要する費用の額とする。)の100分の10に相当する額(その額に10円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てる。)と、第11条に定める所得区分による負担上限額を比較し、いずれか少ない方の額とする。

3 購入に要する費用が第5条で定める給付上限額を上回るときは、前項で定める自己負担額に加え、購入に要する費用と給付上限額の差額についても負担するものとする。

4 給付対象者等は、非常用電源を納品する業者に、給付券を添えて第2項及び第3項により負担することとされている額を支払うものとする。

5 市長は、業者からの適法な請求に基づいて、第5条で定める給付上限額の範囲において、購入に要する費用から前項により給付対象者等が直接業者に支払った額を減じた額を支払うものとする。

6 前項の請求には、給付券を添付しなければならない。

#### (所得区分)

第11条 費用の負担については、給付対象者等の属する世帯の収入に応じ区分（以下「所得区分」という。）を設け、所得区分ごとに負担上限額を設けることとする。

所得区分の決定は、非常用電源の給付を申請する月の属する年の前年（給付を申請する月が1月から6月までの場合にあつては、前々年）の給付対象者等の属する世帯の所得状況により行うものとする。なお、世帯の範囲は給付対象者が18歳以上の者である場合は当該対象者及び配偶者とし、18歳未満の者である場合はその給付対象者が所属する同一世帯全体とする。

- 2 前項に規定する所得区分及びそれぞれの負担上限額は別表2のとおりとする。
- 3 別表2に規定する所得区分のうち生活保護世帯の対象は、給付対象者等の属する世帯が生活保護世帯である場合であるものとする。
- 4 別表2に規定する所得区分のうち市民税非課税世帯の対象は、給付対象者等の属する世帯が市民税非課税世帯であるものとする。
- 5 別表2に規定する所得区分のうち一般世帯1の対象となるのは、給付対象者等の属する世帯の最多課税者の市民税額（所得割）が3万3千円未満の場合であつて、かつ、所得区分が生活保護世帯、市民税非課税世帯の対象ではない場合であるものとする。
- 6 別表2に規定する所得区分のうち一般世帯2の対象となるのは、給付対象者等の属する世帯の最多課税者の市民税額（所得割）が3万3千円以上23万5千円未満の場合であるものとする。
- 7 別表2に規定する所得区分のうち一般世帯3の対象となるのは、給付対象者等の属する世帯の最多課税者の市民税額（所得割）が23万5千円以上46万円未満の場合であるものとする。
- 8 災害その他特別の事情があることにより、市が非常用電源の給付に要する自己負担額を負担することが困難である場合とするのは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」第31条を準用し、減額・免除の手続きは「川崎市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則」（平成18年川崎市規則第61号）第13条を準用する。

#### (非常用電源の管理)

第12条 給付を受けた者は、当該非常用電源を給付等の目的に反して使用、譲渡、交換、貸与又は担保に供してはならない。また、非常用電源の使用方法や保管について適正に管理しなければならない。

- 2 前項の規定に違反した場合は、当該給付等に要した費用の一部又は全部を返還させることができる。

#### (再給付に係る申請)

第13条 既に給付を受けている非常用電源の再給付に係る申請については、前回の給付日より別表1の「耐用年数欄」に規定する期間を経過しない場合は、給付対象外とする。

- 2 再給付を申請するものは、第6条に定める書類に加え、前回給付された非常用電源が使用不能になった事由を証する書類を提出しなければならない。

#### (申請内容の調査と対応)

第14条 申請内容について、川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付申請書（第1号様式）で同意を得た事項について、川崎市は調査することができる。

- 2 調査の結果、申請内容に虚偽があることが判明した場合にはその申請の却下、もしくは給付費の全額を返還させることができる。

(委任)

第15条 この要綱に定めのない事項については、健康福祉局長が別に定める。

附 則

この要領は、令和3年9月1日から施行する。

別表1 非常用電源の種目

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（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

<注意事項>

- 1 擬似正弦波（矩形波、補正正弦波）の製品は給付の対象外となります。
- 2 特に、海外製の製品の場合には、次のことを確認してください。
  - ・日本語の取扱説明書が添付されていること
  - ・電気用品安全法の適合検査に適合した（PSEマークが付いている）製品であること
- 3 非常用電源の維持に要する経費（ガソリン、カセットガスボンベやエンジンオイル等の購入費などを含む点検・整備費などの費用）については、給付の対象外となります。
- 4 直接、医療機器に繋げて使用すると故障する可能性がありますので、必ず、外付けの専用バッテリーに充電してから使用するなど対策を講じてください。特に、ポータブル電源（蓄電池）、DC/ACインバーター（カーインバーター）については、市販されている製品のほとんどが、精密医療機器に使用した場合の動作保証までは行っておりませんので注意が必要です。
- 5 ポータブル電源（蓄電池）については、診療報酬の対象となったものは給付対象外です。
- 6 給付決定前に購入したものは、給付の対象外です。

別表2 負担上限額表

税額による所得区分	負担上限額	
	本人が最多課税者でない場合	本人が最多課税者の場合
生活保護世帯	0円	0円
市民税非課税世帯	0円	0円
一般世帯1	負担上限額 5,000円	負担上限額 2,500円
最多課税者の市民税所得割額が 3万3千円未満の場合		
一般世帯2	負担上限額 10,000円	負担上限額 5,000円
最多課税者の市民税所得割額が 3万3千円以上2万3千5百円未満の場合		
一般世帯3	負担上限額 20,000円	負担上限額 10,000円
最多課税者の市民税所得割額が 2万3千5百円以上4万6千円未満の場合		

(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	_____	生年月日	年 月 日 ( 才 )
氏名	_____		
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 \_\_\_\_\_



(第2号様式)

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付見積書

(あて先) 川崎市長

年 月 日

対象者名

住 所 川崎市 区

【見積者】事業者（販売店）

名 称

®

所 在 地

電話番号

F A X

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業の非常用電源装置について、下記のとおり見積します。

1 見積内容

製造メーカー名	製品名・型番	価格
		(本体価格) 円
		(消費税) 円
		(送料) 円
		(総額) 円

※カタログ・チラシのコピー等、製品の概要（仕様）がわかる資料を添付する

2 用品の種目

種目 ※以下3種目のうち 1つについて助成	性能要件
<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
<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
<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

※該当する品目欄の□に☑を入れる

【備考】

- 擬似正弦波（矩形波、補正正弦波）の製品は助成の対象外となります。
- 特に、海外製の製品の場合には、次のことを確認してください。
  - 日本語の取扱説明書が添付されていること
  - 電気用品安全法の適合検査に適合した（PSEマークが付いている）製品であること
- 用品の維持に要する経費（ガソリン、カセットガスボンベやエンジンオイル等の購入費などを含む点検・整備費などの費用）については、助成の対象外となります。



様

川崎市長

印

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付につきましては、次のとおり決定しましたので、通知します。

給付券番号	第 号	決定年月日	年 月 日
給付対象者氏名			
給付対象者住所			
購入非常用電源	価格（送料含む）	円	
	給付を受ける者 又は扶養する者 が支払う額	円	
	公費負担額	円	
納入業者名 住所・連絡先			
注意事項	<p>1 価格、給付を受ける者又は扶養する者が支払う額、公費負担額は、この決定の上限額であり、納品（受領）実績により確定します。</p> <p>2 非常用電源は、対象者又はこれを扶養する者が、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものですから、支払額については、必ず非常用電源を受け取る前にお支払いください。</p> <p>3 給付された非常用電源を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付け又は担保に供したりすることは、固く禁じられています。</p> <p>4 3に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還していただくことがあります。</p> <p>5 非常用電源の維持に要する経費（ガソリン、カセットボンベやエンジンオイル等の購入費などを含む点検・整備費などの費用）については助成の対象外となります。</p> <p>6 直接、医療機器に繋げて使用すると故障する可能性がありますので、必ず、外付けの専用バッテリーに充電してから使用するなどの対策を講じてください。</p> <p>7 当該助成により購入した用品を使用したことで医療機器に故障が発生した場合、市はその責を負うことはできませんので、予め御了承ください。</p>		

(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

電話 044-200-3796

FAX 044-200-3932

(第4号様式)

(問い合わせ先)

川崎市健康福祉局障害計画課  
電話 044-200-3796  
FAX 044-200-3932

川健障計第 号  
年 月 日

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付券					
給付券番号		給付券発行年月日			
給付対象者氏名		生年月日			
給付対象者住所					
申請者氏名		対象者との続柄			
給付する用品					
納入業者名 住所・電話					
価格		円	利用者負担額		円
				円	公費負担額
					円
上記のとおり決定します。 年 月 日 川崎市長 福田 紀彦					

下記のとおり、利用者負担額について、受領しました。

利用者負担額	あり ・ なし		
利用者負担額受領日	年 月 日	事前納品	あり ・ なし
受領業者名及び受領額 (受領額は利用者負担額 がある場合のみ記入)	住所		
	業者名		
	代表者名	印	
受領額	円を利用者負担額として、受領しました。		
※利用者負担額なしの場合には、受領額以外を記入してください。			

※既に納品していただいている場合は、納品書のコピーを添付してください。

----- 川崎市使用欄 -----

検査確認年月日 年 月 日

当該給付非常用電源について、検査し、適正であることを確認しました。

検査確認員氏名

印

様

川崎市長

印

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付却下通知書

年 月 日付けで申請のありました川崎市在宅人工呼吸器等使用者災害時電源給付につきましては、次の理由により却下することに決定しましたので、通知します。

1. 対象者氏名
2. 対象者住所
3. 却下理由

注1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、川崎市に対して審査請求をすることができます。

2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、川崎市を被告として（訴訟において川崎市を代表する者は川崎市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

(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

電話 044-200-3796

FAX 044-200-3932

(第6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取下書

年 月 日

(あて先) 川崎市長

申請者住所	〒           —  (電話番号:       —       —       )
申請者氏名	(利用者との続柄:                   )

先に申請しました川崎市在宅人工呼吸器等使用者災害時電源給付について、申請を取下げます。

1 対象者情報

氏 名	
生年月日	
住 所	

2 取下げ理由 (自由記入)

--