

人工呼吸器の使用状況に関する医師による証明書  
 (福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業 申請用)

患者氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
疾病名	
使用している人工呼吸器	<input type="checkbox"/> TPPV (気管切開口を介したもの) <input type="checkbox"/> NPPV (鼻マスクまたは顔マスクを介したもの)
※NPPV の場合の使用状況	<input type="checkbox"/> 常時 (24時間) <input type="checkbox"/> 間欠的 (夜間のみなど) → 助成対象外
療養場所が在宅であることの確認	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院または高齢者・障がい者施設等に入所していない。
備考	
<p>福岡市長 宛</p> <p>上記の患者が、「福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業」の助成金を申請するにあたり、<u>在宅にて上記のとおり人工呼吸器を使用していること</u>について、証明いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>病院または診療所の名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>診療担当科名 _____ 科 担当医師名 _____</p>	

【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。

# 福岡市在宅人工呼吸器使用者非常用電源整備事業

## 1. 概要

『福岡市在宅人工呼吸器使用者の非常用電源整備事業』は、人工呼吸器を使用する在宅の身体障がい者（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) 福岡市の住民基本台帳に住民登録がある方
- (2) 在宅において人工呼吸器（TPPV：気管切開下陽圧人工呼吸または常時（24時間）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がい者施設、高齢者施設等（特別養護老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などを含む。）に入所中の方は対象外です。
- (3) 人工呼吸器の72時間の電源確保が可能な非常用電源装置等を所持していない者

## 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	ガソリンまたはガスポ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	15年	130,000円
ポータブル電源等（蓄電池）	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以上のもので、かつ容量が1000Wh以上のもの。	6年	130,000円
DC/ACインバーター	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	30,000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】

福岡市保健医療局精神保健・難病対策課 難病疾病対策係

〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号

電話：092-711-4986 FAX：092-733-5535