

常時人工呼吸器を使用することの証明・意見書  
 (大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業申請用)

氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
疾病名	
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"/> 常時
備考	
<p>大阪市長 宛</p> <p>上記の患者が、「大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業」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。</p> <p style="text-align: right;">令和 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。

参考：「大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業」について

## 大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業

### 1. 概要

『大阪市在宅人工呼吸器使用者電源確保支援事業』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、電源装置等の購入に係る費用の一部を支給するものです。

### 2. 対象となる方

- (1) 支給申請の時点において、大阪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（T P P V : 気管切開下陽圧人工呼吸または N P P V : 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。

### 3. 支給対象となる用品・性能・基準額

至急の対象となる用品の種目、性能の要件及び基準額については、以下のとおりです。

用品の種目	性能要件	耐用年数	基準額
正弦波インバーター発電機	障がい者等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	5 年	100,000 円
ポータブル電源等（蓄電池）	障がい者等又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	5 年	100,000 円

※上記の用品の 2 種目のうち、1 種目を支給

※基準額内であれば同一種目の複数個支給も可

#### 【お問い合わせ先】

大阪市役所福祉局障がい者施策部障がい支援課

〒530-8201 大阪市北区中之島 1-3-20

電話：06-6208-7986 F A X：06-6202-6962