

第 7 号様式(第 6 条関係)

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>岡山市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源装置購入費助成 医師の意見書</p> <p>岡山市長 様</p> <p>下記の患者が「岡山市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源装置助成」における，申請をするにあたり，在宅にて，人工呼吸器・酸素濃縮器・APD 装置を使用していることについて，意見いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称<br/>所在地<br/>電話</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 _____ ⑩<br/>※自署の場合は押印不要です。</p> |                                                                                                                                                                                                                                              |
| (1)患者氏名                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
| (2)生年月日                                                                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日 ( 歳)                                                                                                                                                                                                                                   |
| (3)疾病名                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              |
| (4)使用している医療機器<br>(該当する欄に☑をお願いします)                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 酸素濃縮器<br><input type="checkbox"/> APD 装置（自動腹膜透析装置）                                                                                                                                |
| (5)上記の医療機器を必要とする理由・意見など<br>(該当する欄に☑をお願いします)                                                                                                                                                                                                             | 身体障害者手帳の呼吸器機能障害 1 級若しくは 3 級, 岡山市特定医療費（指定難病）受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証を所持していない者で下記の状態を有する<br><input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 1 級若しくは同程度の状態<br><input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 3 級若しくは同程度の状態<br><input type="checkbox"/> 指定難病若しくは小児慢性特定疾病と同程度の状態 |

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。

## 岡山市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源装置助成事業について

### 1 事業概要

岡山市では、令和 8 年●月から、在宅で人工呼吸器等を使用する障害者が、災害等による停電時に安心して日常生活が継続できるよう、非常用電源装置購入に係る費用を助成することとなりました。

### 2 対象となる方

岡山市の住民基本台帳に住民登録があり、市税を完納しており、在宅で次のいずれかに該当

- (1) 身体障害者手帳の呼吸器機能障害 1 級若しくは 3 級を保持している者又は医師がこれと同等の状態を有すると認める者であって、人工呼吸器を使用（睡眠時無呼吸症候群等による CPAP（持続陽圧呼吸療法）の使用を除く。）しているもの
- (2) 岡山市特定医療費（指定難病）受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証を所持している者又は医師がこれと同等の状態を有すると認める者であって、人工呼吸器を使用しているもの
- (3) 身体障害者手帳の呼吸器機能障害 1 級を保持している者又は医師がこれと同等の状態を有すると認める者であって、酸素濃縮器を使用しているもの
- (4) APD 装置（自動腹膜透析）を使用している 18 歳未満の児童

### 3 対象となる用品

| 用品の種目                      | 性能要件                                                                  | 助成上限額     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 正弦波インバーター<br>発電機           | ガソリンまた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                     | 120,000 円 |
| ポータブル電源等<br>（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 以上のもの又は、人工呼吸器専用のバッテリーで、6 時間以上使用可能なもの | 120,000 円 |
| DC/AC インバーター<br>（カーインバーター） | 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              | 45,000 円  |

- (1) 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。
- (2) 障害者等または介護者が容易に使用又は運搬が可能な製品であること
- (3) 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
- (4) 用品の運搬、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。
- (5) 直接、医療機器につな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。当該助成事業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生じた場合、市はその賠償又は補償の責めを負いません。

お問合せ先

岡山市保健福祉局障害・生活福祉部障害福祉課福祉係

〒700-8546 岡山市北区鹿田町一丁目 1-1（岡山市保健福祉会館 7 階）

電話 086-803-1236 FAX 086-803-1755