

第 2 号様式(第 6 条関係)

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 見積書

年 月 日

岡山市長 様

(助成対象者)

シメイ 氏名	様分	販売店	住所	
住所	岡山市 区		電話	
			名称	®

次のとおり見積します。

製造 メーカー名	本体価格 円
製品名 (型番)	消費税 円
【注意】カタログのコピー等，製品の概要，仕様が分かる資料を添付してください。	(A)購入総額 円

種目・(B)助成上限額 ※いずれか1つを選んで☑印をつける	機器要件
☐ 正弦波インバーター発電機 (120,000 円)	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
☐ ポータブル電源(蓄電池) (120,000 円)	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
☐ DC/ACインバーター(カーインバーター) (45,000 円)	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

【備考】

(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。

市 使 用 欄	機器要件	(A) 購入総額 _____ 円
	☐ 適	(B) 助成上限額 _____ 円
	☐ 不適	⇒助成基準額 _____ 円