

第 1 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 申請書

年 月 日

岡山市長 様

申請者	住所	岡山市 区
	電話	
	フリガナ氏名	

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実施要綱第 6 条の規定により，次のとおり申請します。

申請に当たっては，同要綱に定める条項の適用を受けることについて同意します。

助成対象者	住所	☐ 申請者と同じ 〒 岡山市 区		
	フリガナ氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
確認事項	該当箇所にチェックしてください。	☐ (1) 対象者は，医療機関等に入院及び障害者施設等に入所していません。 ☐ (2) 対象者は，在宅において以下の要件に該当しています。		
		☐ ①呼吸器機能障害 1 級若しくは 3 級手帳を保持し，人工呼吸器を使用 ☐ 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保持者で，人工呼吸器を使用 ☐ ③医師が①②と同等の状態を有すると認める者で人工呼吸器を使用 ☐ ④呼吸器機能障害 1 級手帳を保持し，酸素濃縮器を使用 ☐ ⑤医師が④と同等の状態を有すると認める者で酸素濃縮器を使用 ☐ ⑥APD 装置（自動腹膜透析装置）を使用している 18 歳未満の児童		
非常用電源	種目 いずれか 1 つ	☐ 正弦波インバーター 発電機	☐ 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）
	業者名称 （販売店）	用品名		
同意欄 及び 委任欄		※助成決定のために必要な場合，私及び私の世帯員の市民税等収入状況及び生活保護受給状況及び申請内容につき，岡山市長が調査する事に同意します。 ※その他認定に関して，関係部署と情報共有することに同意します。 ※岡山市在宅人工呼吸器等使用者非常用電源装置助成金の請求及び受領に関し，上記業者に委任します。 氏名		

【注意】

- 非常用電源については，別紙見積書に記した機器要件に適したものを選んでください。
- 非常用電源については，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。
- 市税の滞納がないことを証明する滞納無証明書（申請日の 3 か月以内に取得）を添付してください。