

神戸市在宅人工呼吸器使用患者
非常用電源購入費助成金申請書

赤字の部分、赤枠で囲った部分については、申請者が記載

令和 ○年 ○月 ○日

神戸市長 宛

郵便番号 650-0000

【申請者】 住所 中央区 加納町6-5-1

氏名 神戸 花子 対象者との続柄 (妻)

電話番号 (090) 0000-0000

下記のとおり、神戸市在宅人工呼吸器使用患者非常用電源購入費助成金について申請します。当該助成金の決定のため、各関係機関への調査や照会、また、特定医療費等の受給状況等の確認について承諾するとともに、決定内容について事業者（見積作成者）へ通知することに同意します。

また、災害時への備えとして「個別災害対応マニュアル」作成の相談にあたり、区担当保健師への情報共有に同意します。

氏名 神戸 花子

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|
| 対象者 | ふりがな | こうべ たろう | | T・S・H・R |
| | 氏名 | 神戸 太郎 | | 生年月日 15年 4月 2日生 |
| | 住所 | 中央区 加納町6-5-1 | | |
| | 電話 | 電話：(078) 000-0000 | | |
| 助成を希望する種目・用品名 | 種目 | <input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 | <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル電源等(蓄電池) | <input type="checkbox"/> DC/ACインバーター |
| | 用品名 | <input checked="" type="checkbox"/> 見積書に記載された用品と同じ ※カタログ・チラシの写し(コピー)等、製品の概要がわかる資料を添付すること | | |
| 購入を希望する事業者(販売店) | 名称 | <input checked="" type="checkbox"/> 見積書に記載された見積者(事業者)と同じ | | |
| 助成金の受領方法 | <input type="checkbox"/> 償還払い <input checked="" type="checkbox"/> 事業者(販売店)への代理請求及び受領委任 | | | |
| 人工呼吸器等装着について(いずれかにチェックをつけ、必要時書類を添付) | <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証の写し、小児慢性特定疾病医療費受給者証の写し | | <input type="checkbox"/> 診断書または意見書 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 主治医のサイン 対象者については、在宅にて常時人工呼吸器(<input checked="" type="checkbox"/> 気管切開孔を介したもの・ <input type="checkbox"/> 鼻マスクまたは顔マスクを介したもの)を使用していることに間違いありません。 医療機関の名称 ○○医院 担当医師氏名 ○○ ○○ 印 ※担当医師氏名が、医師による直筆の場合は、押印の必要はありません。 | | <input type="checkbox"/> 医師のサインの場合は、医療機関名と医師名を忘れず記載 | |

※該当する欄の□に☑を入れること。

※令和3年度より、申請者の身分証明書の写しの提出が必要です。(以下の場合をのぞく)

- 対象者が申請者であり、かつ、申請時に、特定医療費(指定難病)受給者証の写し、または小児慢性特定疾病医療費受給者証の写しを添付している場合。

身分証明書については、裏面を参照してください。