

意見書（人工呼吸器装着者用非常用電源）

氏 名	
生年月日	
住 所	(連絡先)
身体障害者手帳等級及び障害名 (該当する項目に「○」及び記入してください)	身体障害者手帳（ 有 ・ 無 ） ・等級 種 級 (障がい名)
指定難病等 (該当する項目に☑及び記入してください)	☐ 指定難病医療受給者証（ 有 ・ 無 ） (指定難病名) ☐ 小児慢性特定疾患医療受給者証（ 有 ・ 無 ） (疾患名)
使用する医療機器 (該当する項目に☑及び記入してください)	☐ 人工呼吸器 ☐ その他（ ）
使用する頻度 (該当する項目に☑及び記入してください)	☐ 常時 ☐ 一日あたり 時間～ 時間程度
生活の場所 (該当する項目に☑及び記入してください)	☐ 在宅 ☐ 上記以外（ ）
人工呼吸器を必要とする理由・意見など (装着に至る経緯、装着時期、装着理由など詳細に記入してください)	
上記の者が「八代市日常生活用具給付等事業」における非常用電源の給付を申請するにあたり、在宅にて日常的に人工呼吸器を使用していることについて証明・意見します。 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 医師氏名	

【参考】 八代市日常生活用具給付等事業別表（第4条、第6条、第11条関係）

種目	対象者
正弦波インバーター発電機	在宅で、呼吸機能障がい3級以上又は同程度の障がいを有する者であって、人工呼吸器の装着が必要な者
ポータブル電源等（蓄電池）	