

横浜市長 宛

下記の患者が「横浜市要電源障害児者等災害時電源確保支援事業」における、給付を申請するにあたり、
在宅にて次の医療機器を使用していることについて、証明・意見する。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名 科 医師氏名 _____ 印

患者氏名

生年月日

年 月 日

疾病名

使用している
医療機器
(該当する欄に☑を
お願いします。)

- 人工呼吸器
 APD 装置 (自動腹膜透析)

備考

横浜市要電源障害児者等災害時電源確保支援事業について（概要）

1. 横浜市要電源障害児者等災害時電源確保支援事業の概要

電源が必要な医療機器を在宅で使用される方に対し、蓄電池等の非常用電源装置の給付を行うことで、災害等による停電時に備えてもらうことを目的にしている事業です。

2. 給付対象者

横浜市に住民登録がある方で①人工呼吸器を使用される方②腹膜透析患者のうち、APD 装置（自動腹膜透析）を使用される方です。ただし、医療機関等に入院中の方、障害者支援施設等に入所中の方を除きます。

3. 給付の内容について

各種目における性能要件を満たす機器について、市民税所得割額等に応じて、給付を行います。種目等については、以下の表のようになります。

品目	機器要件	耐用年数	給付上限額	
			生活保護世帯・市民税非課税世帯	市民税課税世帯
正弦波インバーター発電機	利用者又は介助者が容易に使用可能な、ガソリン又はガスポ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	10 年	120,000 円	108,000 円
ポータブル電源（蓄電池） （ソーラーパネルを含む）	利用者又は介助者が容易に使用及び運搬可能で、放電後に外部電源により充電が可能な、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	3 年	60,000 円	54,000 円
DC/AC インバーター（カーインバーター）	利用者又は介助者が容易に使用可能な、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	5 年	45,000 円	40,500 円

4. お問い合わせ先

横浜市健康福祉局 障害施策推進課 計画推進担当

電話 : 045-671-3604

FAX : 045-671-3566

Eメール : kf-syoplan@city.yokohama.jp