

「相模原市人工呼吸器使用者非常用電源給付事業」について

1 相模原市人工呼吸器使用者非常用電源給付事業について

本事業は、常時又は睡眠時継続して人工呼吸器（睡眠時無呼吸症候群の治療のためのC P A P使用は除く。）を使用している在宅の方を対象とした非常用電源装置等（以下、「非常用電源」と記載。）の購入に係る費用を給付する事業です。

2 購入費の対象となる非常用電源

給付の対象となる非常用電源の種目、機器要件については、次のとおりです。

種目	機器要件	耐用年数	給付上限額
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	10 年	120,000 円
ポータブル電源（蓄電池）	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	5 年	80,000 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

※給付決定前に購入した非常用電源は給付対象外です。

<注意事項>

- (1) 擬似正弦波(矩形波、補正正弦波)の製品は給付の対象外となります。
- (2) 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(P S Eマークが付いている)製品であること
- (3) 非常用電源の維持に要する費用(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、給付の対象外となります。
- (4) 直接、医療機器に繋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。特に、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)については、市販されている製品のほとんどが、精密医療機器に使用した場合の動作保証までは行っておりませんので注意が必要です。
- (5) ポータブル電源(蓄電池)については、診療報酬の対象となったものは給付対象外です。

3 給付額（請求額）について

給付上限額は、非常用電源の種目により「2 購入費の対象となる非常用電源」の表に記載のとおり定めており、給付上限額と非常用電源の購入に要する費用のいずれか低い額が給付基準額となります。

また、利用者が負担する自己負担額については、次のとおりとなります。

- ・生活保護受給世帯及び市町村民税が非課税である世帯 給付基準額までは0円
 - ・市町村民税が課税されている世帯（給付決定者が18歳以上の場合は本人及び配偶者とし、18歳未満の者である場合は本人が属する世帯） 給付上限額内の購入に要する費用のうち1割
 - ・給付基準額を超える額は、課税状況に関わらず自己負担
- （例）市民税課税世帯で150,000円の正弦波インバーター発電機を購入した場合
給付上限120,000円 \times 0.9=108,000円を市が負担 残りの42,000円が自己負担

給付決定後に販売店（業者）に郵送される給付券に利用者が支払う自己負担額と相模原市が支払う公費負担額が記載されています。

自己負担額は、直接利用者に請求してください。

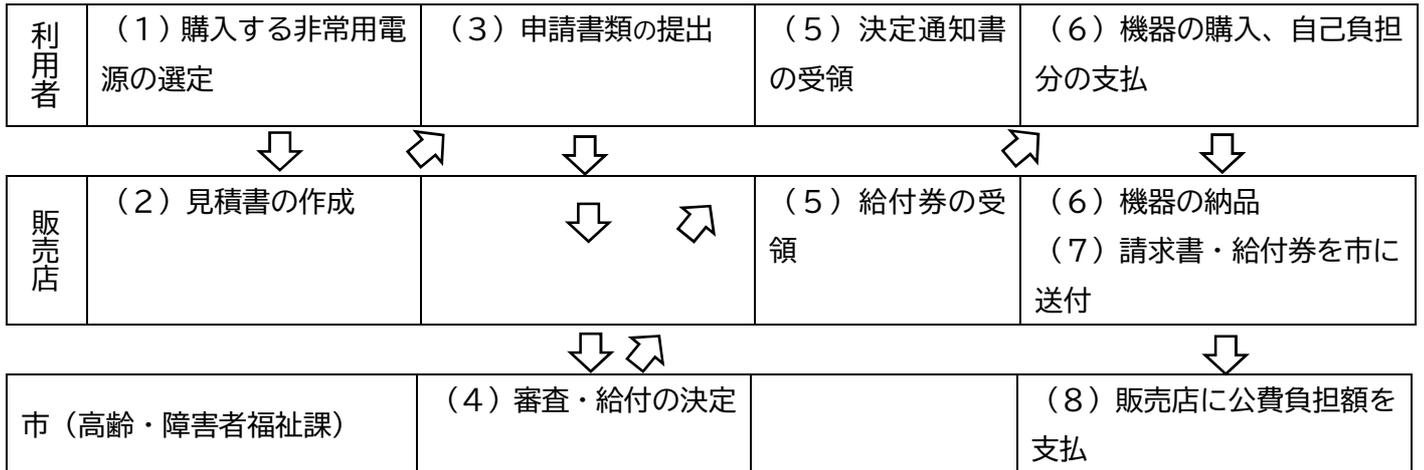
自己負担額がない場合には、申請者への請求は不要です。

公費負担額は市に請求してください。

<注意事項>

給付の対象になるのは、同種目、他種目問わず1つまでです。

4 手続きの流れ



(1) 購入する非常用電源の選定

販売店（業者）は、本事業の性能要件を満たす非常用電源であることを確認し、併せて人工呼吸器を在宅で使用する対象者及び家族等が、安全に使用可能となるよう、使用方法等の説明・助言を丁寧にお願ひします。なお、給付決定前に購入した非常用電源については、給付対象外となります。

(2) 見積書の作成

販売店（業者）は、給付を希望する非常用電源の見積書（第2号様式 別紙記入例参照）を作成してください。見積書のほか、カタログのコピー等、製品の概要、仕様が分かる資料を必ず添付してください。

また、給付対象者欄は、「人工呼吸器使用者」の方の氏名を記入してください。

(3) 申請書類の提出

利用者の方が、非常用電源を購入する前に販売店（業者）が作成した「見積書」等の必要書類を相模原市高齢・障害者福祉課に持参または郵送にて提出します。

(4) 審査・給付の決定

(5) 決定通知書・給付券の受領

市は、受領した申請書類の審査を行い、給付を決定した場合には、申請者に決定通知書（第4号様式）を、販売店（業者）に給付券（第5号様式）を郵送します。

なお、給付を却下する場合は、却下決定通知書を送付します。

(6) 機器の購入、自己負担分の支払、機器の納品

利用者が決定通知書を販売店（業者）に持参するので、決定通知書に記載されている業者名称や業者住所が、適正であるか確認してください。

確認後、非常用電源を納品し、利用者に給付券の給付決定者記入欄に記載を依頼してください。

納品後、自己負担額がある場合には、利用者から自己負担額を受領し、給付券の納入業者記入欄に受領した旨を記載してください。自己負担額がない場合には、納入業者記入欄は空欄としてください。

(7) 請求書・給付券を市に送付

販売店（業者）は、請求日、販売店の所在地、名称（代表者の役職及び氏名）、請求額（公費負担額）が記載された請求書※（様式任意）、給付決定者記入欄及び納入業者記入欄（自己負担額がある場合のみ）に記入済みの給付券（別紙記入例参照）を、下記まで送付してください。市に債権者登録をしていない販売店は、支払金口座振替依頼書を併せて提出してください。

※代表者印の押印については、任意となります。

(8) 販売店に公費負担額を支払

市は、提出された請求書等を受領してから 30 日以内に指定の口座へ、公費負担額をお支払いします。

【問い合わせ・申請先】

相模原市 高齢・障害者福祉課 障害福祉班
〒252-5277 相模原市中央区中央 2-11-15
電話：042-707-7055 FAX：042-759-4395

※網掛け箇所の記載をお願いします。

別紙記入例

相模原市人工呼吸器使用者等非常用電源給付 見積書

令和6年11月1日

相模原市長 あて

(給付対象者)

氏名	相模 花子 様分
住所	相模原市〇〇区●●2-2-2

販売店	住所	相模原市〇〇区●●1-1-1
	電話	042-111-●●●●
	名称	〇〇電機 印

次のとおり見積します。

※自署の場合は押印不要です。

製造 メーカー名	〇〇〇社	本体価格	110,000円
製品名・型番	ABC123●●	消費税	11,000円
		送料	2,000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	¥123,000円

種目・(B)給付上限額 ※いずれか1つを選んで☑印をつける	機器要件
<input checked="" type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機 (120,000円)	人工呼吸器使用者又は介助者が容易に使用可能な、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
<input type="checkbox"/> ポータブル電源(蓄電池) (80,000円)	人工呼吸器使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
<input type="checkbox"/> DC/ACインバーター(カーインバーター) (45,000円)	人工呼吸器使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

【備考】

- 擬似正弦波(矩形波、補正正弦波)の製品は給付の対象外となります。
- 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
- 用品の維持に要する経費(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、給付の対象外となります。

市 使 用 欄	機器要件	(A) 購入総額	_____ 円
	<input type="checkbox"/> 適	(B) 給付上限額	_____ 円
	<input type="checkbox"/> 不適	⇒ 給付基準額	_____ 円

※網掛け箇所の記載をお願いします。

別紙記入例

第5号様式（第5条関係）

〇〇電機 様

相模原市人工呼吸器使用者等非常用電源給付 給付券

給付番号	506001	決定年月日	令和6年11月1日	
給付決定者氏名	相模 花子	生年月日	令和2年1月1日	
住所	相模原市〇〇区●●2-2-2			
申請者氏名	相模 太郎			
給付種目	正弦波インバーター発電機			
費用	総額(A) 123,000 円	公費負担額(B) 108,000 円	自己負担額(=(A)-(B)) 15,000 円	
	給付基準額 120,000 円			
業者名称	〇〇電機			
業者住所	相模原市〇〇区●●1-1-1			
備考	公費負担額については、市へ請求してください。 自己負担額については、直接給付決定者へ請求してください。			
上記のとおり決定したので通知します。				
令和6年11月1日				
〇〇電機 様				
相模原市長 本村 賢太郎 公印				
給付決定者 記入欄	非常用電源の納品		自己負担額の受領	
	納品日	令和6年11月15日	受領日	令和6年11月15日
給付決定者 氏名	相模 太郎	印	業者受領 確認印	〇〇電機 ΔΔ 印

※自署の場合は押印不要です。