第２号様式（第６条関係）

人工呼吸器の常時使用に関する証明・意見書

（京都市在宅人工呼吸器使用者等非常用電源装置購入支援事業補助金用）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和  年　　月　　日 |
| 患者住所 | 京都市　　区 |
| 疾病名 |  |
| 使用頻度（注１） | 原則として２４時間の常時使用が必要（訓練等のために外す時間を除く）。  １日のうち自発呼吸が困難な時間帯が概ね８時間連続し、常時使用者と同等の電源確保が必要と認められる。 |
| 人工呼吸器の非常用電源が必要な理由・意見 |  |
| 注１　原則として２４時間の常時使用者を助成対象としますが、断続的な使用の場合でも、１日のうち概ね８時間以上の連続使用が必要な場合で、医師の意見から、常時使用者と同等の必需性が確認できる場合も助成対象とします。ただし、睡眠時無呼吸症候群等による持続陽圧呼吸療法は対象外となります。 | |
| 上記の患者が「京都市人在宅工呼吸器使用者等非常用電源装置購入支援事業」の助成を申請するに当たり、在宅で人工呼吸器を使用していることについて証明・意見する。  令和　　年　　月　　日  医療機関の名称：  所在地：  診療担当課名：  担当医師名（記名押印又は署名）：  連絡先（電話番号）： | |