

様式第1号の3（第4条関係）

非常用電源等支給意見書

氏名	年 月 日生（ 歳）
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する ☐ しない）	
使用している人工呼吸器（該当するものに ☒ をつけること）	
☐ TPPV（気管切開孔を介したもの） ☐ NPPV（鼻マスク又は顔マスクをかいたもの）	
人工呼吸器を必要とする理由及び身体状況等	
必要頻度（該当するものに ☒ をつけること）	
☐ 常時（24時間）人工呼吸器を使用している。 ☐ 上記以外（ ）	
上記のとおり意見する	
年 月 日	
病院又は診療所名	
所在地	
診療担当科名	
作成医師氏名	
印	

※この意見書は、大仙市日常生活用具給付事業において、非常用電源等の給付対象になるかの判断に使用するものです。なお、給付対象は、在宅において、常時人工呼吸器を使用している身体障がい者(児)又は同程度の障がいを有する難病患者等となります。