

申請者は、以下の利用する事業に☑をしてください。

 広島市在宅常時人工呼吸器使用患者非常用電源設備購入費補助事業 広島市重度心身障害者医療費補助事業

常時人工呼吸器等装着者証明書

(申請者が記入)

ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (満 歳)
氏名				

①、②のいずれかについて必ずご記入ください。

(以下、医師が記入)

①人工呼吸器の使用について	使用について	年 月から
	種類(注1)	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開口を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
	施行状況	<input type="checkbox"/> 一日中施行 *一日中施行以外の場合は、当該事業の対象になりません。
	離脱の見込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
②体外式補助人工心臓等(注2)の使用について	使用について	年 月から
	種類	
	施行状況	<input type="checkbox"/> 一日中施行 *一日中施行以外の場合は、当該事業の対象になりません。
	離脱の見込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

以下の項目については広島市重度心身障害者医療費補助申請の場合のみご記入ください。

③生活状況 (※ 1項目でも、自立又は軽度介助に該当する場合は、重度心身障害者医療費補助の対象になりません。)	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッドの間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関

所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

医師氏名

注1) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に☑をつけること。

注2) 体外式補助人工心臓等に含まれるもの:埋め込み式補助人工心臓。