

様式第 2 号の 4 表面（第 4 条関係）

<p>重度障害者等日常生活用具給付意見書（自家発電機等用）</p>			
氏 名	(年 月 日生)		
病 名	(発生 年 月 日) * 障害者総合支援法で定める特定疾病(難病等)に該当 (□する□しない)		
身体 の 状 況 等 (下 記 の 用 具 を 必 要 と す る 理 由)			
日常生活用具の名称	自家発電機等		
人工呼吸器を常時 使用しているか (○をつける)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-right: 1px dotted black;"> <p>している</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <p>していない</p> </td> </tr> </table>	<p>している</p>	<p>していない</p>
<p>している</p>	<p>していない</p>		
医療保険による 給付ができず、 日常生活用具による 給付が必要なもの (○をつける)	<p>① 自家発電機 ② 外部バッテリー ③ アクセサリーソケットから電気を供給するケーブル ④ その他 ()</p>		
備 考			
<p>上記のとおり日常生活において用具が必要である。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">医療機関名</p> <p style="margin-left: 150px;">医 師 名</p>			

○裏面の注意書きをご覧の上、ご記入ください。

様式第 2 号の 4 裏面（第 4 条関係）

注意

この意見書は、用具の種目である自家発電機等の給付の可否を決定するための資料の一つとなるものです。

この意見書で、給付できる内容の記載がされていても、障害者手帳の記載内容、補装具費の支給状況、他の日常生活用具の給付状況などで矛盾する点があると給付決定されないことがありますので、ご了承ください。

また、不明な点がありますと給付の決定ができないことがありますので、正確にご記入ください。

【自家発電機等の給付要件】

障害内容、医師の意見書により、常時人工呼吸器が必要と認められるもの（難病患者を含む）。

【給付対象となる用具】

- ・ 自家発電機

人工呼吸器を正常に作動させる動力源となるもの。

- ・ 外部バッテリー、アクセサリースocketから電気を供給するケーブル

※ただし対象となる用具は、医療保険が適用されない場合で、医療機関及び購入業者より操作説明及び安全確認を受けたことが誓約書（様式第 1 2 号）により確認できるものに限る。