

在宅人工呼吸器等使用者非常用外部電源購入費補助金

人工呼吸器、酸素濃縮器、電気式たん吸引器のいずれかを使用し、在宅で療養生活を送る方に対し、災害等による停電発生時において命を守るために必要となる電源を確保するため、非常用外部電源の購入に要する費用の一部を補助します。

1. 対象となる方：仙台市の住民基本台帳に記録されており、災害時個別計画（パーソナルプラン等）を作成している方で、次のいずれかに該当する方。ただし、医療機関等に入院中及び障害者支援施設、介護施設、老人福祉施設等に入所中の方、対象者（18歳以上）又は同一世帯の配偶者の市町村民税所得割額が46万円以上の方は除く。

- （1）人工呼吸器を使用し、指定難病医療費助成又は小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方
（睡眠時無呼吸症候群により人工呼吸器等を使用している方は対象外）
- （2）仙台市が実施する在宅酸素療法者酸素濃縮器等利用助成を受けている方
- （3）仙台市が実施する障害児者日常生活用具費支給事業又は小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の電気式たん吸引器の支給を受けている方
- （4）上記に準じる方で、市長が特に認める方

2. 対象の非常用外部電源の種別・性能要件・補助基準額 ※おひとり様につき1点のみ補助対象となります。

電源種別	性能要件	補助基準額
ポータブル電源 （蓄電池）	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。 又は人工呼吸器専用のバッテリーで6時間以上使用できるもの。	75,000円 （共通）
正弦波インバーター 発電機	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。	
DC/AC インバーター	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）に交換する装置で、定格出力が300W以上のもの。	

【注意事項】①疑似正弦波（矩形波、補正正弦波）の製品は、補助対象外です。

②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。

③物品の付属品や維持に要する経費（ガソリン等の購入費や点検・整備費等）については、補助対象外です。

※医療機器に直接接続して使用すると故障する可能性があるため、必ず外付けの専用バッテリーに充電してから使用する等の対策を講じてください。市販の製品のほとんどが、精密医療機器に使用した場合の動作保証までは行っていないため、注意が必要です。

※当補助を受けて購入した非常用外部電源を使用したことで医療機器等が故障した場合、仙台市はその責を負うことはできません。

3. 自己負担額

非常用外部電源の購入に要する費用の1割を負担いただきます。補助基準額は75,000円です。

※市町村民税非課税世帯、生活保護世帯の方は、購入費用が補助基準額内であれば自己負担額は0円です。

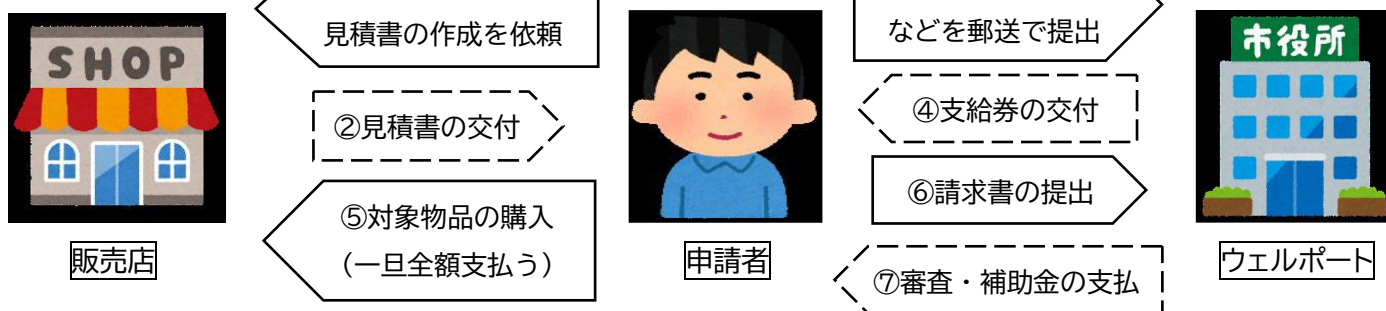
※購入費用が補助基準額を上回る場合、その差額は全額自己負担となります。

例1）購入費用：50,000円（税込） 自己負担額 5,000円 [購入費用の10%]

例2）購入費用：75,000円（税込） 自己負担額 7,500円 [購入費用（補助基準額）の10%]

例3）購入費用：100,000円（税込） 自己負担額 32,500円 [7,500円（補助基準額75,000円の10%）+
25,000円（購入費用100,000円と補助基準額75,000円との差額）]

4. 申請の流れ



※補助決定前に購入した非常用外部電源については、補助対象外となります。

※原則として、購入時に非常用外部電源の購入に要する費用の全額をお支払いください。

※支給券を受け取った後、必ず見積りを取得した販売店で見積りどおりの物品・金額で購入してください。

購入物品や購入金額、販売店等を変更する場合は、購入前に再度申請が必要となります。

5. 申請時に必要な書類等 【以下の書類をご用意いただき、郵送で下記の住所宛に申請してください。】

(1) 在宅人工呼吸器等使用者非常用外部電源購入費補助金交付申請書（様式第1号）

(2) 在宅人工呼吸器等使用者非常用外部電源購入見積書（様式第2号）

(3) 購入予定の非常用外部電源の仕様が確認できる書類（カタログ、チラシ等）

(4) 災害時個別計画（パーソナルプラン等）の写し

(5) 表面 項目「1.対象となる方」の(1)～(4)を証明するいずれかの書類

- ・特定医療費（指定難病）受給者証の写し（人工呼吸器等装着者欄が「○」のもの）
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証の写し（人工呼吸器等装着欄が「該当」のもの）
- ・在宅酸素療法者酸素濃縮器等利用助成決定通知書の写し
- ・障害児者日常生活用具費支給事業又は小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業の決定通知書等の写し
- ・上記いずれかの書類をお持ちでない場合、「電気式の医療機器の使用に関する医師の記入する証明・意見書（様式第3号）」又は医師の診断書等（文書作成に係る費用等は自己負担となります）

(6) 対象者本人とその配偶者（対象者が18歳未満の場合は対象者本人と同一世帯の世帯員）の最新の課税状況を確認

できる書類（市民税・県民税課税（非課税）証明書等） ※転入等の理由で仙台市で課税状況を確認できない方のみ

※その他、申請の内容に応じて必要な書類等の提出を求める場合があります。

6. 販売店（事業者）による代理請求及び受領について

申請者の経済的負担の軽減を図るため、申請者に代わって販売店からの補助金の請求も受け付けます。この場合、申請者は決定された自己負担額のみを販売店に支払うことで購入することができ、販売店が補助金を直接受領します。

『代理請求及び受領』を希望する場合は、申請者ご本人が見積りを依頼する販売店に本事業のチラシ等を渡し、対応可能かどうかを事前にご確認ください（仙台市では販売店の案内は行っておりません）。

<お問い合わせ・申請先> 仙台市障害者総合支援センター（ウェルポートせんだい） 難病支援係
〒981-3133 仙台市泉区泉中央 2-24-1 電話：022-725-7853