

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 公益財団法人千葉ヘルス財団は、難病患者の在宅人工呼吸器療養者を支援するため、人工呼吸器関連機器を取得しようとする者に対し、予算の範囲内において、この要綱に基づき補助金を交付する。

(交付対象者)

第2条 この補助金の交付を受けることができるのは、次の各号に掲げる要件をすべて満たす者とする。

- (1) 千葉県内に住所を有し、在宅で人工呼吸器を使用し療養する難病(「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づく指定難病認定、「児童福祉法の一部を改正する法律」に基づく小児慢性特定疾病認定)患者
- (2) 主治医の同意のあるもの

(対象医療機器)

第3条 この補助金の交付対象となる医療機器は、次に掲げる機器とする。

- (1) 吸引機
- (2) 吸入器
- (3) パルスオキシメーター

(交付額の算定方法)

第4条 補助金の交付額は、次の表の第1欄に定める基準額と第2欄に定める対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を選定し、その額の8割とする。

ただし、補助額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

医療機器の種類	1 基準額	2 対象経費
1 吸引器	170,000円	購入に要する経費
2 吸入器	170,000円	〃
3 パルスオキシメーター	200,000円	〃

(交付の申請)

第5条 この補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金申請書(別記第1号様式)を理事長に提出しなければならない。

(交付決定及び交付)

第6条 理事長は、前条の規定による補助金の交付申請があった場合において、当該申請に係る書類の審査及び必要に応じて行う現地調査等により補助金を交付すべきものと認めたときは、第4条の規定により交付すべき交付決定額を算出のうえ、申請者に交付決定書(別記第2号様式)を交付するものとする。

(交付の請求)

第7条 前条の規定により交付決定を受けた申請者が補助金の交付を受けようとするときは、在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金交付請求書(別記第3号様式)を理事長に提出しなければならない。

(申請の変更・取り下げ)

第8条 申請者は第6条に定める交付決定を受けた後、第5条に定める申請を変更しようとするとき又は、取下げるときは、すみやかに在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金変更(取下げ)承認申請書(別記第4号様式)を提出し、理事長の承認を受けなければならない。

(実績報告)

第9条 補助金の交付を受けたものは、補助金の交付を受けた日から起算して60日以内に在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金実績報告書(別記第5号様式)を理事長に提出しなければならない。

(機器の管理)

第10条 この補助金により取得した機器の管理は、補助金を受けた者が自己の責任において、医療機関と連携のうえ、行うものとする。

(取得財産の処分制度)

第11条 第4条の補助金を受けた者が補助事業により取得した医療機器を、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸付け、又は担保に供しようとするときは、あらかじめ理事長の承認を受けなければならない。ただし、5年を経過した場合はこの限りではない。

(附則)

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

この要綱は、平成21年9月1日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

在宅人工呼吸器療養者支援事業補助金交付申請書

平成 年 月 日

公益財団法人千葉ヘルス財団
理事長 様

申請者住所 〒

申請者氏名 印

患者との関係

次のとおり補助金の交付を申請します。

1 申請金額 _____円

(別記第1号の2様式のBの額を記入してください)

2 内訳 (別記第1号の2様式)

内 訳 書

対象機器名	1 購入医療機器の機種名及び製造業者名	2 購入に要する経費 (消費税含む)	3 基準額	4 申請金額 (2の購入に要する経費と3の基準額を比較して少ない方の額)
① 吸引器		円	170,000円	円
② 吸入器		円	170,000円	円
③ パルスオキシメーター		円	200,000円	円
計	/	/	/	A 円

申請金額 B; $A \times 0.8 =$ _____ 円 (千円未満は切り捨てる)

(注) 購入医療機器の見積書 (2者以上) とカタログを添付すること。

患者状況調べ

患者氏名 性別	ふりがな (男・女)	
区分(いずれかに○をつける)	新規	継続(前回申請 年 月)
患者生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	
患者住所		
患者 疾患群および疾病名 (受給者番号*必須)	()	
病名確定及び在宅開始年月	年 月 確定	年 月 開始
在宅での人工呼吸器使用状況 (2・3については、いずれかに 記入すること)	1 使用機器名	
	2 使用開始年月日	平成 年 月 日
	3 使用開始予定年月日	平成 年 月 日
現在所有(使用)している医療 機器の種類	1 吸引機	
	2 吸入器	
	3 パルスオキシメーター	
<p>購入予定医療機器に関する医師の同意</p> <p>※医師の同意を確認のうえ署名捺印をもらってください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院(診療所)住所</p> <p>病院(診療所)名</p> <p>医師名 印</p>		
特記事項		