

(第1号様式)

横浜市要電源障害児者等災害時電源給付申請書

年 月 日

(あて先) 横浜市長

申請者住所	〒 -
	(電話番号: - -) (メールアドレス: @)
申請者氏名	(対象者との続柄:)

次のとおり申請します。

【給付対象者】※該当する□に☑を入れる

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名			
住所・連絡先	〒 -	(電話番号: - -)	(メールアドレス: @)
	横浜市 区		
使用している医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
	<input type="checkbox"/> APD 装置 (自動腹膜透析)		
自助支援ツールの作成 (わたしの災害対策ファイルなど)	<input type="checkbox"/> 作成済 ⇒ この申請書に添付してください		
	<input type="checkbox"/> 未作成 ⇒ 未作成の理由を教えてください		
	<input type="checkbox"/> そういうものがあるのを知らなかった		
	<input type="checkbox"/> 作り方がわからない		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【購入予定製品】該当する品目欄の□に☑を入れる

種目 ※以下3種目のうちから1種を選択	性能要件	耐用年数	給付上限額
<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機	人工呼吸器利用者又は介助者が容易に使用可能な、ガソリン又はガスポンプ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	10年	120,000円
<input type="checkbox"/> ポータブル電源 (蓄電池) (ソーラーパネルを含む)	人工呼吸器利用者又は介助者が容易に使用及び運搬可能で、放電後に外部電源により充電が可能な、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	3年	60,000円
<input type="checkbox"/> DC/ACインバーター (カーインバーター)	人工呼吸器利用者又は介助者が容易に使用可能な、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) に変換する装置で、定格出力が300W以上のもの	5年	45,000円

【裏面あり】

同意事項	<p>横浜市要電源障害児者等災害時電源給付事業における所得区分の決定等について、本人及び世帯の課税状況を横浜市が確認することに同意します。</p> <p>また、申請した内容について、横浜市災害時要電源障害児者等登録制度へ登録されることについて同意します。</p>	
世帯員の氏名	給付対象者	
	世帯員（続柄）	（ ）

※所得区分に応じて申請者負担が生じます。

※耐用年数内は、同種目、他種目問わず、再度の申請はできません。