

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成申請書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(申請者)

氏名 _____

(助成対象者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

以下のとおり申請します。

【対象者】

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名			年 月 日
住所		電話番号	

【購入予定用品】該当する品目欄の□に☑を入れる

種 目 以下から1種を選択	性能要件	耐用 年数	助成 上限額
<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機	本人又は介助者が容易に使用可能であり、ガソリン、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	10年	100,000円
<input type="checkbox"/> ポータブル電源（蓄電池）	本人又は介助者が容易に使用及び運搬が可能であり、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	5年	50,000円
<input type="checkbox"/> DC/ACインバーター (カーインバーター)	本人又は介助者が容易に使用可能であり、自動車用バッテリー等の直流電源を正弦波交流電源に変換する装置で、定格出力が300W以上のもの	5年	50,000円

【購入予定用品の詳細等】

製造メーカー	製品名・型番	購入予定価格	購入希望事業者 (販売店名)

※以下の書類を添付して申請してください。

1. 電気式医療機器を使用していることの証明・意見書（様式第2号）
2. 購入予定製品の見積書（様式第3号）
3. 購入予定製品について、カタログ、チラシ等の写し等製品の概要が分かる資料

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成見積書

(宛先) 姫路市長

年 月 日

対象者名 _____

住 所 姫路市 _____

(見積者) 事業者 (販売店)

名 称 _____

㊞

所在地 _____

電話番号 _____

FAX _____

姫路市難病患者等災害時非常用電源購入費助成事業の非常用電源装置について、以下のとおり見積
します。

1 見積内容

製造メーカー名	製品名・型番	価格
		(本体価格) 円
		(消 費 税) 円
		(総 額) 円

※カタログ・チラシのコピー等、製品の概要（仕様）が分かる書類を添付する

2 用品の種目 該当する品目欄の□に☑を入れる

種目 3種のうち1つについて助成	性能要件
<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機	本人又は介助者が容易に使用可能であり、ガソリン、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
<input type="checkbox"/> ポータブル電源（蓄電池）	本人又は介助者が容易に使用及び運搬が可能であり、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
<input type="checkbox"/> DC/AC インバーター (カーインバーター)	本人又は介助者が容易に使用可能であり、自動車用バッテリー等の直流電源を正弦波交流電源に変換する装置で、定格出力が 300W 以上のもの

【備考】

- (1) 疑似正弦波（矩形波、修正正弦波）の製品は助成の対象外となります。
- (2) 特に、海外製品の場合には、次のことを確認してください。
 - ・日本語の取扱説明書が添付されていること。
 - ・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) 用品の維持に要する経費（ガソリン、カセットガスボンベやエンジンオイル等の購入などを含む点検・整備費などの費用）は、助成の対象外となります。

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成決定通知書

年 月 日

様

姫路市長

非常用電源装置購入費助成について、以下のとおり決定したので通知します。

助成券番号	第 号	決定年月日	年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	電話 — —		
助成する用品			
納入業者名	納入業者 住 所	電話 — —	
用品価格 総 額	基準額	公 費 負担額	円
円	円		円
超過分対象者 負 担 額	対 象 者 負 担 額	対象者負担額 合 計	円
円	円		円

注意事項

- 1 用品は、対象者又は生計中心者が費用の一部を直接業者に支払うことを条件に助成されるものですから、支払うこととされた額(太枠で囲った額)については用品を受け取る前に必ず支払ってください。
- 2 助成された用品を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることは、固く禁じられています。
- 3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。
- 4 非常用電源装置の維持に要する経費(ガソリン、カセットボンベやエンジンオイル等の購入費などを含む点検・整備費などの費用)については助成対象外です。
- 5 直接、医療機器に繋げて使用すると故障する可能性がありますので、必ず、外付けの専用バッテリーに充電してから使用するなどの対策を講じてください。
- 6 当該助成により購入した用品を使用したことで医療機器に故障が生じた場合、市はその責めを負うことはできませんので、予めご了承ください。

＜担当課＞

姫路市保健所 予防課

〒670-8530

姫路市坂田町3番地

電話 079(289)1635

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成券

助成券番号	第 号	決定年月日	年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	電話 - -		
助成する用品			
納入業者名	納入業者 住 所	電話 - -	
用品価格 総 額	基準額	公 費 負担額	
円	円	円	
超過分対象者 負 担 額	対 象 者 負 担 額	対象者負担額 合 計	
円	円	円	
上記のとおり決定する。 年 月 日 姫 路 市 長			

【対象者記載欄】

用 品 受領日	年 月 日	用 品 受領者	続柄 印 ()
------------	-------	------------	-------------

【納入業者記載欄】

負担額 受領日	年 月 日	受領額	円
受領業者名	住所 業者名 代表者名		印

確認日 年 月 日 姫路市使用欄

--	--	--

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成却下決定通知書

年 月 日

様

姫路市長

年 月 日付けで申請のありました姫路市難病患者等災害時非常用電源購入費助成につきましては、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

対象者氏名	
対象者住所	
理 由	

<担当課>

姫路市保健所 予防課

〒670-8530

姫路市坂田町3番地

電話 079(289)1635

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成変更申請書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(申請者)

氏 名 _____

(助成対象者との続柄 _____)

住 所 _____

電話番号 _____

月 日付けで申請した、姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成事業について、申請内容に変更がありましたので、以下のとおり申請します。

【対象者】

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏 名		年 月 日	

【変更内容】

住 所	〒 _____				
電話番号	電話番号 _____ - _____				
購 入 予 定 用 品	種 目 以下から1種を選択		性能要件	耐用 年数	助成 上限額
	<input type="checkbox"/>	正 弦 波 イ ンバ ー タ ー 発 電 機	本人又は介助者が容易に使用可能であり、ガソリン、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	10年	100,000 円
	<input type="checkbox"/>	ポ ー タ ブ ル 電 源 (蓄電池)	本人又は介助者が容易に使用及び運搬が可能であり、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	5年	50,000 円
<input type="checkbox"/>	DC/AC イ ンバ ー タ ー (カーインバーター)	本人又は介助者が容易に使用可能であり、自動車用バッテリー等の直流電源を正弦波交流電源に変換する装置で、定格出力が 300W 以上のもの	5年	50,000 円	
納 入 業 者 名					
その他	所得区分の変更（生活保護の受給・非課税世帯）				

※購入予定用品の変更の場合は、姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成見積書（様式第3号）も提出してください。

※所得区分の変更の場合は、そのことを示す証明書も提出してください。

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成変更承認（不承認）通知書

年 月 日

様

姫路市長

年 月 日付けで変更申請のありました姫路市難病患者等災害時非常用電源購入費助成については、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 次のとおり決定する。

2 次の理由により却下する。

<理由>

<担当課>

姫路市保健所 予防課

〒670-8530

姫路市坂田町3番地

電話 079(289)1635

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成申請取下書

年 月 日

（宛先） 姫路市長

（申請者）

氏 名 _____

（助成対象者との続柄 _____）

住 所 _____

電話番号 _____

月 日付で申請した、姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成事業について、申請を取り下げたいので、申請します。

【対象者】

フリガナ			大正・昭和・平成・令和
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	

【取下理由】

<理由>以下から選んでください

ア 対象者が亡くなった

イ 対象者が入院・入所することになった

ウ その他（ _____ ）

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成金交付請求書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(請求者) 住 所

氏 名

電話番号

年 月 日付けで交付決定のありました、姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成金を下記のとおり交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者氏名

3 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
フリガナ						
口座名義人						

※決定通知書（様式第4号）、納入業者が発行した領収書を添付してください。

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成金
交付請求書兼代理受領委任状

年 月 日

姫路市長 様

私は、以下の事業者を代理人と定め、姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成金として、姫路市から支払われる助成金の請求及び受領の権限を委任します。

委 任 者

住 所 _____
氏 名 _____ 印

受 領 者

住 所 _____
納入業者名 _____ 印
代 表 者 _____ 印

姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成事業要綱第11条の規定に基づき、助成金の交付を請求します。

1 請求金額 金 円

2 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
フリガナ						
口座名義人						

※用品受領の確認がなされた姫路市難病患者等災害時非常用電源装置購入費助成券（様式第5号）を添付してください。