

在宅人工呼吸器使用者に対する必要備品の給付又は貸与について

自治体名	
担当部署	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	
在宅の人工呼吸器使用者に対して、必要備品を給付又は貸与する事業を行っていますか？（選択肢のなかから選んでください）	
【上記で「実施している（実施する予定である）」と答えた自治体様のみ】 国の補助事業「保健衛生施設等施設・設備費国庫補助（重症難病患者拠点・協力病院設備整備事業）」に基づく事業ですか？（選択肢のなかから選んでください）	
【上記で「その他の国庫補助事業を活用している」と答えた自治体様のみ】 国の補助事業名を御記入ください。	
事業を実施していない、または国の補助事業のみ実施している自治体様においては、以上となります。	
事業名 ※要綱等ございましたら御恵与ください。	
事業開始（予定）時期	
対象者	
申請者 ※対象者と異なる場合は記入してください	
対象品目	
※対象品目に蓄電池、外部バッテリーを含んでいる自治体のみ H24年度診療報酬改定により外部バッテリーが診療報酬の対象になりましたが、医療保険制度とのすみわけについてはどのように整理されていますか。	
基準額、耐用年数	
補助率（負担割合） 以下は可能な範囲でご回答ください。	
その他補助条件	
申請の流れ（事務手続きについて）	
補助実績（令和元年度）	
予算額（令和2年度）	
事業案内を掲載しているページがあれば、そのURLを記入してください	
御協力ありがとうございました。	