横浜市要電源障害児者等災害時電源給付申請書

令和　　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 |  |
| 氏　名 |  | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所・連絡先 | 〒　　　　　－ | | |
| 横浜市　　　　　　区  （電話番号：　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　）  （メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 使用している  医療機器 | □　人工呼吸器 | | |
| □　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） | □　作成済　⇒　この申請書に添付してください  □　未作成　⇒　未作成の理由を教えてください  　　　　　　　□　そういうものがあるのを知らなかった  　　　　　　　□　作り方がわからない  　　　　　　　□　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 |
| □ | 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 | 120,000円 |
| □ | ポータブル電源  （蓄電池） | 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 |
| □ | DC/ACインバーター  （ｶｰｲﾝﾊﾞｰﾀｰ） | 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **同意事項** | 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。  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。 | |
| 世帯員の氏名 | 給付対象者 |  |
| 世帯員（続柄） | （　　　） |
| 世帯員（続柄） | （　　　） |
| 世帯員（続柄） | （　　　） |
| 世帯員（続柄） | （　　　） |
| 世帯員（続柄） | （　　　） |

※所得区分に応じて申請者負担が生じます。

**※最多課税者の市民税所得割額が46万円以上の方は給付対象外です。**

※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。