

佐賀県在宅人工呼吸器使用者等非常用電源整備費給付事業に係る適合証明書

ふりがな		性別	生年月日
対象者氏名		男・女	年 月 日

人工呼吸器等装着の場合は1、気管切開の場合は2に御記入ください。
また、対象者が入院中の場合は3に御記入ください。

1. 人工呼吸器等装着について（第3条第2項第1号・第2号関係）	
人工呼吸器等装着 （※継続的に施行 していること）	<input type="checkbox"/> あり （ 年 月から）
備考	

2. 気管切開及び医療機器の使用について（第3条第2項第3号関係）	
気管切開の有無	<input type="checkbox"/> あり （ 年 月から）
医療機器の使用	<input type="checkbox"/> あり (使用医療機器：)
備考	

3. 在宅への移行見込みについて（第3条第2項関係）	
<input type="checkbox"/> 上記対象者は、今後、在宅への移行が認められる。	

上記のとおり証明します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		印

※本様式については、訪問看護指示書の写し、小児慢性特定疾病医療受給者証又は特定医療費（指定難病）受給者証の写し等の本様式に記載すべき内容を確認できる書類の提出をもって代えることができます。