様式第２号（第６条関係）

（表面）

診　　断　　書

氏　名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

住　所

疾患名

症　状

以上のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師　氏名　　印

（裏面）

医師の皆様へ

掛川市では、南海トラフ~~東海~~地震等の大規模災害の際、在宅で人工呼吸器を使用している~~筋萎縮性側索硬　化症（ＡＬＳ）等~~難病患者等の生命を守るため、次表のとおり人工呼吸器用非常電源装置の購入費　を助成することとしております。

ついては、本制度の趣旨を御理解いただき、人工呼吸器を必要とする身体の状況か否か、在宅での療養が可能な程度に病状が安定しているか否か、及び当分の間、在宅での療養が可能であると判断できるか否かを含めた身体状況を御記入くださるようお願いいたします。

対 象 者	在宅で人工呼吸器を使用している~~筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）~~難病患者等
給付用具	発動発電機、人工呼吸機用外部バッテリー
性　　能	介護者が容易に使用し得るもの