

北秋田市告示第 119 号

北秋田市障害者地域生活支援事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和 8 年 8 月 1 日

北秋田市長 津 谷 永 光

北秋田市障害者地域生活支援事業実施要綱の一部を改正する告示

北秋田市障害者地域生活支援事業実施要綱（平成18年北秋田市告示第23号）の一部を次のように改正する。

別表 1 中

情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、音声言語機能障害又は肢体不自由により音声言語の著しい障害を有するもの	携帯式で言葉を音声又は文章に変換する機能を有し、障害者（児）が容易に使用し得るもの	98,800円	5 年
-------------	-----------	--	---	---------	-----

を

非常用電源装置	・ 正弦波インバーター発電機 ・ ポータブル蓄電池 ・ D C / A C インバーター ※給付は、原則として上記のうちいずれか 1 種に限る。	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）又は難病患者であって、在宅で人工呼吸器、酸素濃縮器、吸引器、輸液ポンプその他電源を必要とする医療機器を日常的に使用し、停電により生命維持に重大な	障害者等が容易に使用し得るものであって、非常時に持ち運び又は設置が容易であり、使用する医療機器に適合し、安全に電力を供給できるもの	150,000 円	6 年
---------	---	--	---	-----------	-----

		支障を生ずるおそれがあるもの。ただし、医師意見書により非常用電源装置が必要と認められるものに限る。			
情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、音声言語機能障害又は肢体不自由により音声言語の著しい障害を有するもの	携帯式で言葉を音声又は文章に変換する機能を有し、障害者（児）が容易に使用し得るもの	98,800円	5年

に改める。

様式第9号の次に次の1様式を加える。

様式第10号（別表1（5）2関係）

日常生活用具給付 医師意見書（非常用電源装置用）

1 対象者			
氏名			
生年月日	年 月 日生（ 歳）		
住所	北秋田市		
障がい名			
2 使用している医療機器			
☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ その他（ ）	機器名・型式等		
	使用状況	☐ 常時使用 ☐ 1日約（ ）時間使用 ☐ その他（ ）	
		定格消費電力	約（ ）W
		最大消費電力	約（ ）W
	3 医学的所見		
(1) 停電時の影響 ☐ 停電により生命維持に重大な支障が生じるおそれがある。 ☐ その他（ ） (2) 非常用電源装置の必要性 ☐ 必要 ☐ 不要 理由・備考等			
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			

※1 この意見書は、北秋田市地域生活支援事業（日常生活用具給付事業）の非常用電源装置の給付判定に使用します。

※2 給付対象は、身体障害者手帳の交付を受けた者（児）又は難病患者であって、在宅で人工呼吸器、酸素濃縮器、吸引器、輸液ポンプその他電源を必要とする医療機器を日常的に使用し、停電により生命維持に重大な支障を生ずるおそれがあるものです。

附 則

この告示は、令和8年8月1日から施行する。

北秋田市障害者地域生活支援事業実施要綱の一部を改正する告示 新旧対照表

改 正 案	現 行
第 1 条～第11条 省略 別表 1 （第 3 条関係） （ 1 ） ～ （ 4 ） 省略 （ 5 ） 日常生活用具給付等事業 1 省略 2 用具の種目及び給付の対象者等 給付の対象となる用具及びその対象者は、日常生活上の便宜を図るため、下表「内容」欄に定める性能をもち、同表「対象者」欄に掲げる障害者等又は難病患者等であって医師の意見等により同表「分類」又は「種目」欄に定める用具が必要と認められる者とし、同表の用具ごとに定める基準額（基準額より低い額の場合は、その額とする。以下同じ。）の範囲内において給付する。 ただし、申請前に購入または着工した場合や介護保険法等他法の適用により同様の種目の給付を受けられる者は、本事業の対象としない。また、既に給付を受けている用具と同一の用具の再交付に係る申請については、前回の給付日より下表の「耐用年数」欄に規定する期間を経過していない場合は原則として給付対象外とし、修理については用具の給付を受けた者の責任で行うものとする。	第 1 条～第11条 省略 別表 1 （第 3 条関係） （ 1 ） ～ （ 4 ） 省略 （ 5 ） 日常生活用具給付等事業 1 省略 2 用具の種目及び給付の対象者等 給付の対象となる用具及びその対象者は、日常生活上の便宜を図るため、下表「内容」欄に定める性能をもち、同表「対象者」欄に掲げる障害者等又は難病患者等であって医師の意見等により同表「分類」又は「種目」欄に定める用具が必要と認められる者とし、同表の用具ごとに定める基準額（基準額より低い額の場合は、その額とする。以下同じ。）の範囲内において給付する。 ただし、申請前に購入または着工した場合や介護保険法等他法の適用により同様の種目の給付を受けられる者は、本事業の対象としない。また、既に給付を受けている用具と同一の用具の再交付に係る申請については、前回の給付日より下表の「耐用年数」欄に規定する期間を経過していない場合は原則として給付対象外とし、修理については用具の給付を受けた者の責任で行うものとする。

改 正 案						現 行					
非常用電源装置	・正弦波インバーター発電機 ・ポータブル蓄電池 ・DC／ACインバーター ※給付は、原則として上記のいずれか1種に限る。	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）であって、在宅で人工呼吸器、酸素濃縮器、吸引器、輸液ポンプその他電源を必要とする医療機器を日常的に使用し、停電により生命維持に重大な支障を生ずるおそれがあるもの。ただし、医師意見書により非常用電源装置が必要と認められるものに限る。	障害者等が容易に使用し得るものであって、非常時に持ち運び又は設置が容易であり、使用する医療機器に適合し、安全に電力を供給できるもの	150,000円	6年	情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、音声言語機能障害又は肢体不自由により音声言語の著しい障害を有するもの	携帯式で言葉を音声又は文章に変換する機能を有し、障害者（児）が容易に使用し得るもの	98,800円	5年
情報・意思疎通支援用具	携帯用会話補助装置	身体障害者手帳の交付を受けた者（児）で、音声言語機能障害又は肢体不自由により音声言語の著しい障害を有するもの	携帯式で言葉を音声又は文章に変換する機能を有し、障害者（児）が容易に使用し得るもの	98,800円	5年						
(6) ～ (12) 省略						(6) ～ (12) 省略					

改 正 案	現 行																															
様式第 1 号～様式第 9 号 省略 様式第10号	様式第 1 号～様式第 9 号 省略																															
様式第10号（別表 1（5）2 関係） 日常生活用具給付 医師意見書（非常用電源装置用） <table><tr><td colspan="3">1 対象者</td></tr><tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年 月 日生（ 歳）</td></tr><tr><td>住所</td><td colspan="2">北伏田市</td></tr><tr><td>障がい名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="3">2 使用している医療機器</td></tr><tr><td rowspan="5">☐人工呼吸器 ☐酸素濃縮器 ☐吸引器 ☐輸液ポンプ ☐その他（ ）</td><td>機器名・型式等</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">使用状況</td><td>☐常時使用 ☐1 日約（ ）時間使用 ☐その他（ ）</td></tr><tr><td>定格消費電力 約（ ）W 最大消費電力 約（ ）W</td></tr><tr><td colspan="2">3 医学的所見</td></tr><tr><td colspan="2"> （1）停電時の影響 ☐停電により生命維持に重大な支障が生じるおそれがある。 ☐その他（ ） （2）非常用電源装置の必要性 ☐必要 ☐不要 理由・備考等 </td></tr><tr><td colspan="3">上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ㊞</td></tr></table> ※1 この意見書は、北伏田市地域生活支援事業（日常生活用具給付事業）の非常用電源装置の給付判定に使用します。 ※2 給付対象は、身体障害者手帳の交付を受けた者（児）又は難病患者であって、在宅で人工呼吸器、酸素濃縮器、吸引器、輸液ポンプその他電源を必要とする医療機器を日常的に使用し、停電により生命維持に重大な支障を生ずるおそれがあるものです。	1 対象者			氏名			生年月日	年 月 日生（ 歳）		住所	北伏田市		障がい名			2 使用している医療機器			☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ その他（ ）	機器名・型式等		使用状況	☐ 常時使用 ☐ 1 日約（ ）時間使用 ☐ その他（ ）	定格消費電力 約（ ）W 最大消費電力 約（ ）W	3 医学的所見		（1）停電時の影響 ☐停電により生命維持に重大な支障が生じるおそれがある。 ☐その他（ ） （2）非常用電源装置の必要性 ☐必要 ☐不要 理由・備考等		上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ㊞			
1 対象者																																
氏名																																
生年月日	年 月 日生（ 歳）																															
住所	北伏田市																															
障がい名																																
2 使用している医療機器																																
☐ 人工呼吸器 ☐ 酸素濃縮器 ☐ 吸引器 ☐ 輸液ポンプ ☐ その他（ ）	機器名・型式等																															
	使用状況	☐ 常時使用 ☐ 1 日約（ ）時間使用 ☐ その他（ ）																														
		定格消費電力 約（ ）W 最大消費電力 約（ ）W																														
	3 医学的所見																															
	（1）停電時の影響 ☐停電により生命維持に重大な支障が生じるおそれがある。 ☐その他（ ） （2）非常用電源装置の必要性 ☐必要 ☐不要 理由・備考等																															
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 ㊞																																
附 則 この告示は、令和 8 年 8 月1日から施行する。																																