事業ＮＯ．１９

（実施要領）別記様式第３号（在宅酸素療法者酸素濃縮器利用助成事業）

実施計画協議書

市町村振興総合補助金 　 　　（事業計画書）　　　　 （附属資料）

（事業実績書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ﾁｪｯｸ | 項　　　　　　目 |
| 確  認  事  項 | １．要綱等整備 | |
|  | 市（町村）で要綱を定めているか。 |
|  | 事業の実施にあたって必要な様式を定めているか。  （申請書、医師の指示書又は機器利用証明書、内容変更届等） |
| ２．事業実施期間 | |
|  | 助成対象期間は４月から翌年３月としているか。 |
| ３．手帳等級 | |
|  | 手帳の等級は呼吸器機能障害の３級で認定しているか。  【呼吸４級とその他障害の重複による総合等級３級は認められない。】 |
|  | 手帳の写し又はシステムで等級を確認しているか。  【利用者の自己申告による確認は認められない。写しは申請書に添付すること。】 |
| ４．濃縮器使用状況 | |
|  | 機器の使用状況は、医師の指示書又は機器使用証明書により確認しているか。  【利用者の自己申告による確認は認められない。】 |
| ５．現況確認 | |
|  | 継続して受給している者の手帳の等級、入院等の有無及び機器の使用の有無等について年１回以上の確認を行っているか。 |
| ６．変更事由の確認 | |
|  | 利用者の状況に変更があった場合、適切に確認がなされているか。【変更届及び添付書類はあるか】 |

※確認調査までに、市町村から事業実績の提出を求めること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | 担当課名 | 担当者名 | 連絡先 |
|  |  |  |  |