

# 苗栗縣身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

申請日期：      年      月      日

姓名		身分證字號		身心障礙類別		身心障礙等級	
出生年月日	年 月 日	戶籍地址	鄉 村 路 巷 號 鎮 里 街 弄 樓 市 鄰 段 術 室				
聯絡地址				年 齡	____歲____個月※依實際年齡計算		
申請人姓名		申請人蓋章		與身心障礙者關係		聯絡電話：	
						行動電話：	
福利別請勾選(✓)	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶		本次是否同時申請生活輔具	<input type="checkbox"/> 有，申請____項。 <input type="checkbox"/> 否。			
最近一年居住國內超過一百八十三日		<input type="checkbox"/> 是(超過183天) <input type="checkbox"/> 否(未超過183天)					
項目	應檢具之證明文件						
<input type="checkbox"/> 1. 電動拍痰器	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)						
<input type="checkbox"/> 2. 抽痰機	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)						
<input type="checkbox"/> 3. 化痰機(噴霧器)	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)						
<input type="checkbox"/> 4. 雙相陽壓呼吸輔助器	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需由胸腔內科、胸腔外科或小兒科專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師或呼吸治療師評估)。						
<input type="checkbox"/> 5. 單相陽壓呼吸輔助器	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需由胸腔內科專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由胸腔內科專科醫師或呼吸治療師評估)。						
<input type="checkbox"/> 6. 血氧偵測儀(血氧機)	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)						
<input type="checkbox"/> 7. 氧氣製造機	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由醫師或呼吸治療師進行評估)						
<input type="checkbox"/> 8. USP 不斷電系統	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 限居家自我照顧所需者申請且因使用醫療輔具有緊急供電之需求						
<input type="checkbox"/> 9. 壓力衣-A款-頭頸	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)						
<input type="checkbox"/> 10. 壓力衣-B款-肩胸腹背	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)						
<input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-C款-右上肢	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)						

項目	應檢具之證明文件
<input type="checkbox"/> 12. 壓力衣-D款-左上肢	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
<input type="checkbox"/> 13. 壓力衣-E款-腰臀大腿	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)
<input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-F款-右下肢	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)
<input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-G款-左下肢	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 戶籍資料影本。 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)
<input type="checkbox"/> 16. 矽膠片	<input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
<input type="checkbox"/> 17. 人工電子耳植入手術費用	<input type="checkbox"/> 需符合身心障礙生活輔具補助辦法規範之評估方式並提供輔具評估報告書者。
<input type="checkbox"/> 18. 開具診斷證明書費用	<input type="checkbox"/> 申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之診斷證明書之費用申請。
<input type="checkbox"/> 19. 開具醫療輔具評估報告費用	<input type="checkbox"/> 申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之醫療輔具評估報告之費用申請。
備註	1. 醫療輔具評估需由身心障礙鑑定醫院或本府指定之輔具評估中心。 2. 醫療輔具與生活輔具合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為限。 3. 以上資料請務必確實填寫，如有不實者申請人需負相關法律責任。  申請人簽章：_____
初審意見及核章	<input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定 <input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定
	其他說明： 承辦人 單位 主管 鄉鎮市長
初審意見及核章	<input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定不予補助 <input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定核予補助新台幣_____元
	承辦人 單位 主管 單位 首長