

臺南市政府衛生局身心障礙者到宅鑑定申請書

109年12月31日製

◎依據身心障礙者鑑定作業辦法第11條規定至申請人居住處所鑑定之情形，依診斷證明書與病歷摘要明確載述為證(請勾選)：

- 全癱無法自行下床。(註：載述全身癱瘓或四肢癱瘓)
- 需24小時使用呼吸器或維生設備。(註：載述起迄期間)
- 長期重度昏迷。(註：昏迷指數 GCS<8分)
- 其他特殊困難，經所在地直轄市、縣(市)衛生主管機關認定。

※依據醫師法第28條之4第5款規定，出具與事實不符之診斷書，違規者處新臺幣10萬元以上50萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分1個月以上1年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書。

◎以下申請資料請確實填寫及勾選，切勿缺漏避免耽誤申請人之權利。

申請人資料	申請人姓名：_____ 核章： <input type="checkbox"/> 身分證字號：_____
代理人資料	代理人姓名：_____ 核章： <input type="checkbox"/> 聯絡電話：() _____；手機：_____ (2者皆必填) 戶籍地址：臺南市 _____ 區 _____ 里(村) _____ 鄰 _____ 路(街) _____ 段 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ 與申請到宅鑑定者之關係：_____
鑑定指定地點	<input type="checkbox"/> 1. 安置機構名稱：_____ 機構電話：() _____ 機構地址：_____ <input type="checkbox"/> 2. 申請人居所地址：_____
必要檢附文件	<input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定表 <input type="checkbox"/> 身心障礙者到宅鑑定申請書 <input type="checkbox"/> 近3個月內之1吋半身照片3張(身心障礙者鑑定作業辦法第5條) <input type="checkbox"/> 國民身分證正背面影本；未滿14歲者，得檢附戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫院屬實開立之3個月內診斷證明書(身心障礙者鑑定作業辦法第11條) <input type="checkbox"/> 與鑑定類別相關之3個月內病歷摘要(身心障礙者鑑定作業辦法第10條)

※公所承辦人需初審檢附文件正確無誤後函文至衛生局辦理。(若缺漏或錯誤將依規定退回)公所承辦人員簽章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日