

臺南市政府衛生局身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

112.02版 (申1)

日期： 年 月 日

身障者姓名	蓋章	身分證字號	障礙類別	障礙等級
出生年月日	年 月 日，年齡： 歲 月		聯絡電話	
公文送達地址	□□□□-□□□□ (請務必填寫清楚)			
受託人姓名	蓋章	身分證字號	與身障者關係	聯絡電話
福利身分	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 (需檢附中低收入戶證明) <input type="checkbox"/> 低收入戶 (需檢附低收入戶證明)			
申請項目 (請勾選)	醫療輔具： <input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 非蓄電式抽痰機 <input type="checkbox"/> 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 矽膠片 壓力衣： <input type="checkbox"/> A款-頭頸 <input type="checkbox"/> B款-肩胸腹背 <input type="checkbox"/> C款-右(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> D款-右(手、腕) <input type="checkbox"/> E款-左(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> F款-左(手、腕) <input type="checkbox"/> G款-腰臀(左、右)大腿 <input type="checkbox"/> H款-右小腿 <input type="checkbox"/> I款-右(踝、足) <input type="checkbox"/> J款-左小腿 <input type="checkbox"/> K款-左(踝、足) 醫療費用： <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用			
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 身心障礙證明、申請人及受託人之私章及身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2. 低收入戶證明、中低收入戶證明正本 (請公所務必協助確認後附上證明)，如無則免付。 <input type="checkbox"/> 3. 三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本。 <input type="checkbox"/> 4. 三個月內醫療輔具評估報告正本 (申請雙相陽壓呼吸器、單相陽壓呼吸器、氧氣製造機、咳嗽(痰)機、壓力衣、矽膠片需檢附)。 <input type="checkbox"/> 5. 切結書及委託書 (需填寫詳細資料並簽名核章)。			
區公所審意見	<input type="checkbox"/> 符合 本市身心障礙者輔具費用補助標準規定。 <input type="checkbox"/> 不符合 本市身心障礙者輔具費用補助標準規定，故予退件。 符合低收、中低收資格者，需檢附中、低收入戶證明。 1. 應備文件經查明確認無誤，且已至<全國身心障礙者福利資訊整合平台>查詢身障者近2年4項、額度及最低使用年限。 區公所承辦確認核章處： <input type="checkbox"/> 2. 查詢2年4項歷史補助資訊如下： <input type="checkbox"/> 無(初次申請)		核章	承辦人 課長 區長
衛生局複審結果	<input type="checkbox"/> 符合補助之規定，核定補助之輔具類別及金額為： 1. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年 2. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年 3. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年 4. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年		核章	承辦人 科長 局長

注意事項：

- 每人每2年以合計申請4項輔具補助為限(合併生活+醫療輔具計算)；再次申請相同輔具需已超過該項輔具之使用年限。
- 標準表內編號1-9之補助項目，限居家自我照顧所需者申請，且於使用年限內接受本局輔具後續追蹤與輔導輔具使用情形。
- 依其他法令規定申請相同性質之醫療輔具補助，僅得從優擇一補助。(已接受健保署及國健署或其他相關補助者，不得重複申請)
- 輔具項目按標準表規定，若需檢附醫師診斷書及醫療輔具評估報告者，請先依醫師診斷、治療師評估建議後依其建議事項購買，未經核定通過先行購買者，不予補助，但特殊情況者除外。

附註：請依序裝訂1.申請書2.委託書3.切結書4.診斷證明書5.醫療輔具評估報告6.其他

本人同意主管機關如基於評估及審核必要，得調閱本人及家屬之戶籍或有關資料，並同意作為本案處理、歸檔等業務使用。

切 結 書

(申3)

申請人_____ (身心障礙者) 申請身心障礙者醫療輔具_____ (輔具項目), 確實最近一年居住臺灣超過183天, 且在(輔具使用地址)_____ 居家使用, 非在醫院或養護機構使用, 經查有不實情形, 本人願負一切法律責任, 繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

立書人簽名：

蓋章：

身分證字號：

與身障者關係：

聯絡電話：

聯絡住址：

中 華 民 國 年 月 日