

# 高雄市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助申請表 1060302修正

|                 |   |       |  |    |     |
|-----------------|---|-------|--|----|-----|
| 申請者<br>姓名       | 陳筱方   | 身分證字號 | A234567890   | 年齡 | 49歲 |
|                 |   | 生日    | 57年6月5日  |    |     |
| 通訊地址<br>(公文寄送地) | 台北市內湖區民權東路六段165弄218號  |       |  |    |     |
| 聯絡電話            | 1.(市話) 07-7111111 2.(辦公室) 07-7130000 3.(行動電話)0938038538   |       |  |    |     |
| 申請項目            | 醫療輔具  |       | 醫療費用   |    |     |
|                 | 1、氧氣製造機<br>2、<br>3、   |       | <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用<br><input checked="" type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用<br><input checked="" type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用  |    |     |
| 經濟狀況            | <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input checked="" type="checkbox"/> 非(中)低收入戶   |       |  |    |     |
| 應檢附文件           | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請表。<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊(證明)正反面影本(未過期)。<br><input checked="" type="checkbox"/> 3. 戶口名簿影本或戶籍謄本或身分證正反面影本(三者擇一檢附即可)。<br><input type="checkbox"/> 4. 低收入戶或中低收入戶證明(非低收入戶者免附)。<br><input checked="" type="checkbox"/> 5. 相關專科醫師診斷證明書(3個月內正本)。<br><b>【所有醫療輔具皆須檢附診斷證明書】</b><br><input checked="" type="checkbox"/> 6. 本市立醫院或鑑定醫院相關專科醫師或相關治療師簽署評估報告書(正本)。<br><b>【氧氣製造機、單或雙相陽壓呼吸輔助器、壓力衣需再檢附評估報告書】</b><br><input type="checkbox"/> 7. 申請人委託代辦人之身分證正反面影本。 |       |  |    |     |
| 注意事項            | 1、醫療輔具與生活輔具合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；醫療輔具使用尚未達最低使用年限或申請項目兩年已逾四項，及符合上開補助資格而確有使用輔具之需求者，得由直轄市、縣(市)政府專案補助之。<br>2、申請人提出申請補助前，不得先行購置或裝配輔助器具，但特殊情況者除外。<br>3、依其他法令規定申請相同性質之醫療費用、醫療輔具補助，與依本辦法申請補助者，僅得從優擇一補助。若有虛偽不實之申請而接受補助者，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任移送司法機關辦理。<br>4、限居家自我照顧所需者申請，確認請申請人或受託人簽名： <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">陳筱方</div>   |       |  |    |     |
| 申請者或受託者簽章       | 申請者(簽章)：<br><div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;">陳筱方</div>  |       | <b>***排除廠商***</b><br>受託人(簽章)：<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div><br>與申請者關係：<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |    |     |
| 衛生所初審           | 請核章：<br>申請日期(證件備齊日)：      年      月      日      時  |       |  |    |     |

|       |   |           |      |                |       |                   |  |  |
|-------|---|-----------|------|----------------|-------|-------------------|--|--|
| 衛生局審核 | <input type="checkbox"/> 核定補助   |           |      |                |       |                   |  |  |
|       | C01   | 電動拍痰器(3年) | C04  | 雙相陽壓呼吸輔助器(5年)  | C10   | 壓力衣-C-右上肢(半年)     |  |  |
|       | C02   | 抽痰機(3年)   | C16  | 單相陽壓呼吸輔助器(5年)  | C11   | 壓力衣-D-左上肢(半年)     |  |  |
|       | C03   | 化痰機(3年)   | C06  | 氧氣製造機(5年)      | C12   | 壓力衣-E-腰臀大腿(半年)    |  |  |
|       | C05   | 血氧偵測儀     | C08  | 壓力衣-A-頭頸(半年)   | C13   | 壓力衣-F-右下肢(半年)     |  |  |
|       | C07   | UPS 不斷電系統 | C09  | 壓力衣-B-肩胸腹背(半年) | C14   | 壓力衣-G-左下肢(半年)     |  |  |
|       | C15   | 矽膠片       | ec02 | 診斷證明書費用(____元) | ec03  | 醫療輔具評估報告費用(____元) |  |  |
|       | <input type="checkbox"/> 符合低收入戶補助金額                      萬            仟            佰            拾            元整<br><input type="checkbox"/> 符合中低收入戶補助金額                      萬            仟            佰            拾            元整<br><input type="checkbox"/> 符合非(中)低收入戶補助金額                      萬            仟            佰            拾            元整<br><input type="checkbox"/> 不符合補助，原因：<br><input type="checkbox"/> 其他，原因： |           |      |                |       |                   |  |  |
|       | 承辦人員：   |           |      |                | 單位主管： |                   |  |  |
|       | 審核日期：            年            月            日  |           |      |                |       |                   |  |  |

文件黏貼處



|            |       |        |                 |       |  |
|------------|-------|--------|-----------------|-------|--|
| 中華民國身心障礙證明 |       |        |                 | 照片黏貼處 |  |
| 身分證統一編號    | 姓名    |        | 【有效期間】<br>年 月 日 |       |  |
| 出生日期       | 年 月 日 |        |                 |       |  |
| 戶籍地址       | 聯絡人   |        | 關係              |       |  |
| 鑑定日期       | 年 月 日 | 重新鑑定日期 | 年 月 日           |       |  |
| 障礙等級       |       |        |                 |       |  |

正面

|                   |   |    |   |      |      |       |
|-------------------|---|----|---|------|------|-------|
| 戶籍遷移註記            | 鄉鎮市區  | 村里 | 鄰 | 街道門牌 | 遷入日期 | 承辦人核章 |
| 障礙類別              | 第8類皮膚與相關構造及其功能【s810】<br>第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛【b210】 |    |   |      |      |       |
| ICD診斷             | 141.2, 360.4, 366.16【01, 08】                      |    |   |      |      |       |
| 必要時<br>作者備<br>用說明 | 國內大眾運輸工具<br>進入公民營風景區、康樂場所與文教設施                    |    |   |      |      |       |

背面

受託人國民身份證影本  
正面黏貼處

受託人國民身份證影本  
背面黏貼處