

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

申請者姓名	陳筱方		身分證字號 A234567890	年齡 49歲
通訊地址 (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		<input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用	
	2、		<input checked="" type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用	
3、		<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。 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊(證明)正反面影本(未過期)。 <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)。 <input type="checkbox"/> 4. 低收入戶或中低收入戶證明(非低收入戶者免附)。 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 相關專科醫師診斷證明書(3個月內正本)。 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 【所有醫療輔具皆須檢附診斷證明書】 <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)。 <input checked="" type="checkbox"/> 6. 【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】 <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。 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。 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。 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： 陳筱方			
申請者或受託者簽章	申請者(簽章)： 陳筱方		***排除廠商*** 受託人(簽章)： 與申請者關係：	
衛生所初審	請核章： 申請日期(證件備齊日)： 年 月 日 時			

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)	

衛生局審核

符合低收入戶補助金額 萬 仟 佰 拾 元整

符合中低收入戶補助金額 萬 仟 佰 拾 元整

符合非(中)低收入戶補助金額 萬 仟 佰 拾 元整

不符合補助，原因：

其他，原因：

承辦人員：

單位主管：

審核日期： 年 月 日

文件黏貼處



正面



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