

高雄市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請表

111/01/01 起適用

申請者 姓名		身分證字號	
		生 日	年 月 日 年 齡 歲
通訊地址 <small>(公文寄送地)</small>	縣 鄉鎮 村 鄰 市 區市 里 街	路 段 巷 弄 號之樓	
聯絡 電話	1.住家或辦公室： 2.行動電話：	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 非(中)低收入戶
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙證明正反面影本（效期內）。 <input type="checkbox"/> 3. 身分證正反面影本或戶口名簿影本或戶籍謄本（三者擇一檢附即可）。 <input type="checkbox"/> 4. 低收入戶或中低收入戶證明（非低收入戶或中低收入戶者免附）。 <input type="checkbox"/> 5. 三個月內本市立醫院或鑑定醫院之相關專科醫師 診斷證明書正本 。 <input type="checkbox"/> 6. 三個月內本市立醫院或鑑定醫院之相關專科醫師或治療師簽署 評估報告書正本 。 <p style="text-align: center;">【申請咳嗽（痰）機、單或雙相陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機、壓力衣時須檢附】</p> <input type="checkbox"/> 7. 其他應附文件(委託辦理者非直系親屬或配偶，須檢附申請委託書與身分證正反面影本)。		
申請 項目	醫療輔具	醫療費用	
1、_____		<input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用	
2、_____		<input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用	
3、_____		<input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用	
注意 事項	<p>1、每人每二年依實際需要，以補助四項輔具為原則(合併生活+醫療輔具計算)，申請之輔具項目需已超過前次申請該項輔具項目之使用年限。</p> <p>2、限居家自我照顧所需且設籍本市最近一年內居住國內超過183日者申請。</p> <p>3、申請人提出申請補助前，不得先行購置或裝配輔助器具，特殊情況者除外。</p> <p>4、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。補助標準附表內醫療輔具編號1~10之補助項目，限居家自我照顧所需者申請，以詐術或有虛偽不實之申請而領取補助或查核有不實之情況者，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。</p> <p>5、申請醫療輔具補助者，應於核定日起6個月內完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及「醫療復健費用及醫療輔具補助標準」所定應備文件，申請撥付補助款；未依核定項目及期限完成購置或租賃者，不予補助。</p> <p>6、評估報告書由相關專科醫師或治療師開立。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>(1)嗽（痰）機、單或雙相陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機之開立資格： 可鑑定第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師(胸腔、神經、心臟、血液、耳鼻喉、精神、復健科或兒胸、兒重症相關專業訓練之專科醫師)或呼吸治療師開具(應檢附醫師專科字號或治療師字號)。</p> <p>(2)壓力衣之開立資格： 可鑑定第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師(皮膚科、臨床病理科、整型外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科、復健科)、物理治療師或職能治療師開具(應檢附醫師專科字號或治療師字號)。</p> </div>		
簽章	<p>1.申請者或受託人：_____（注意事項確認後簽章）</p> <p>2.受託人與申請者關係：_____（排除廠商）</p>		
衛生所 初審	<p>承辦人請核章：</p> <p>申請日期（證件備齊日）： 年 月 日 時 分</p>		

衛生局審核	<input type="checkbox"/> 核定補助						
	C01	電動拍痰器(3年)		C06	氧氣製造機(5年)	C15	壓力衣-E-左上、前臂、肘(6個月)
	C02	非蓄電式抽痰機(3年)		C07	咳嗽(痰)機(5年)	C16	壓力衣-F-左手、左腕(6個月)
	C03	蓄電式抽痰機(3年)		C08	單相陽壓呼吸輔助器(5年)	C17	壓力衣-G-腰臀、左右大腿(6個月)
	C04	化痰機(3年)		C09	雙相陽壓呼吸輔助器(5年)	C18	壓力衣-H-右小腿(6個月)
	C05	血氧偵測儀(3年)		C11	壓力衣-A-頭頸(6個月)	C19	壓力衣-I-右踝、右足(6個月)
	C10	UPS不斷電系統(3年)		C12	壓力衣-B-肩胸腹背(6個月)	C20	壓力衣-J-左小腿(6個月)
	EC02	診斷證明書費用		C13	壓力衣-C-右上、前臂、肘(6個月)	C21	壓力衣-K-左踝、左足(6個月)
	EC03	醫療輔具評估報告費用		C14	壓力衣-D-右手、右腕(6個月)	C22	矽膠片(6個月)
	<input type="checkbox"/> 符合低收入戶補助金額		萬	仟	佰	拾	元整
<input type="checkbox"/> 符合中低收入戶補助金額		萬	仟	佰	拾	元整	
<input type="checkbox"/> 符合非(中)低收入戶補助金額		萬	仟	佰	拾	元整	
<input type="checkbox"/> 不符合補助或其他，原因：		_____					
承辦人員：			單位主管：				
審核日期：		年	月	日			

文件黏貼處

申請人國民身份證影本
正面黏貼處

申請人國民身份證影本
背面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
正面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
背面黏貼處

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