

(填寫完成後請裝訂於鑑定表第4頁)

## 聲 明 書

本人\_\_\_\_\_確實於民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
至\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_科有三個月內之就診紀  
錄，請准給予身心障礙鑑定表，如為不實，本人願意  
至身心障礙指定鑑定醫院補開立診斷證明書。

立書人：

民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

=====下列由身心障礙指定鑑定醫院書寫=====

本院經查\_\_\_\_\_君先於民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
至本院\_\_\_\_\_科就診，有三個月內之就診紀錄無誤，  
請准予免檢附診斷證明書。

確認者：                    蓋職章

民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### -----注意事項-----

1. 確認者得由醫師或醫院行政人員為之，如查詢民眾無三個月內就診紀錄，請貴院通知民眾回院補開立診斷證明書後再行送件，本局審查未檢附相關文件則將鑑定表退回貴院確認。
2. 民眾未於區公所填寫本聲明書，則退回區公所請民眾至貴所補件。