

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	王 0 明(使用者)	身分證字號	E123000000		
		生 日	00 年 00 月 00 日	年 齡	00 歲
通訊地址 <small>(公文寄送地)</small>	縣 鄉鎮 村 鄰 00 路 段 巷 弄 00 號之 樓 <small>高雄市 00 區市 里 街</small>				
聯絡電話	1.住家或辦公室： 2.行動電話：0900-000-000	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. 身心障礙證明正反面影本（效期內）。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 【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】 <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、 <u>血氧機</u>		<input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用		
	2、 <u>氧氣製造機</u>		<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		
注意事項	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。 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。 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。 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。 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。 6、評估報告書由相關專科醫師或治療師開立。 (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、兒童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)。 (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)。				
簽章	1.申請者或受託人： 王 0 明 (注意事項確認後簽章) 2.受託人與申請者關係： 本人 (排除廠商)				
衛生所 初審	承辦人請核章： 申請日期（證件備齊日）： 年 月 日 時 分				

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

申請人國民身分證影本
正面黏貼處

申請人國民身分證影本
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

受託人國民身分證影本
正面黏貼處

受託人國民身分證影本
背面黏貼處