

宜蘭縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助作業規定資格審查申請表

鄉鎮市別：

申請日期： 年 月 日

身心障礙者姓名		身分證字號		身心障礙類別		身心障礙等級		
出生年月日	年 月 日	年齡	歲	戶籍地址				
申請人姓名	與身心障礙者關係			申請人簽章	聯絡電話			
聯絡地址					(日):			
					(行動電話):			
					(夜):			
檢核資料	<input type="checkbox"/> 申請人身分証正反影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙者身障證明及身分證正反影本 <input type="checkbox"/> 本申請表醫院端已填寫完成並核章							
福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 (請勾選及核簽名章)							
2年4項補助	2年內已申請生活輔具__項、醫療輔具__項 <input type="checkbox"/> 已超過2年補助4項輔具規定。							
補助項目								
申請人所需輔具請勾選 (✓)	<input type="checkbox"/> 一、電動拍痰器。 <input type="checkbox"/> 二、抽痰機。 <input type="checkbox"/> 三、化痰機(噴霧器)。 <input type="checkbox"/> 四、雙相陽壓呼吸輔助器。 <input type="checkbox"/> 五、單相陽壓呼吸輔助器。 <input type="checkbox"/> 六、血氧偵測儀(血氧機)。 <input type="checkbox"/> 七、氧氣製造機。 <input type="checkbox"/> 八、UPS不斷電系統。 <input type="checkbox"/> 九、壓力衣-A款-頭頸。 <input type="checkbox"/> 十、壓力衣-B款-肩胸腹背。				<input type="checkbox"/> 十一、壓力衣-C款-右上肢。 <input type="checkbox"/> 十二、壓力衣-D款-左上肢。 <input type="checkbox"/> 十三、壓力衣-E款-腰臀大腿。 <input type="checkbox"/> 十四、壓力衣-F款右下肢。 <input type="checkbox"/> 十五、壓力衣-G款-左下肢。 <input type="checkbox"/> 十六、矽膠片。 <input type="checkbox"/> 十七、醫療費用： <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用。 <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用。 <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用。			
評估單位 初審意見 及核章 (請醫院端填寫)	單位名稱			收案日期		年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 轉介至單位：○長期照顧管理中心 ○其他單位_____			評估日期		年 月 日		
				符合補助醫療輔具項目名稱				
	承辦人員		評估醫師			評估單位		
複審結果 及 核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具補助標準規定不予補助							
	承辦人		科長			機關首長		

備註：

1. 醫療輔具評估，應由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構為之；申請人因特殊情況，於評估單位或鑑定機構進行評估顯有困難者，得由直轄市、縣(市)政府指定之評估單位或鑑定機構至居住地進行鑑定或評估。
2. 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二年已逾四項，及未符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。
3. 本申請書之診斷證明書須為三個月內所開立。
4. 本申請書輔具補助項目 1 至 6 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。
5. 本申請書輔具補助項目 7 至 14 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限(不得低於三個月)及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話。
6. 租賃契約書應載明規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。

委 託 書

本人_____ (簽名) 茲因：重病 不識字 行動不便

其他_____ (請說明)，無法親自辦理申請**輔助器具補助**，特委託_____ (簽名) 持本人之身障**證明(手冊)**影本等相關申請輔具補助應備文件及本委託書，代為申請辦理，如有不實，願負法律責任。

此致

宜蘭縣政府

委託人： (簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受託人： (簽章) 與委託人關係：

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

聯絡地址：

(委託人及受委託人需檢附身分證正反面影本或足資證明與委託人關係之證明文件)

中 華 民 國 年 月 日