

苗栗縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請表

111.01.01版

114.03.21修

申請日期： 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|---|-------|--|--|---------------------|--------|-----|
| 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 | 戶籍地址 | 鄉鎮市 | 村里鄰 | 路街段 | 巷弄街 | 號樓室 |
| 通訊地址 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 | | | 年 齡 | ____歲____個月※依實際年齡計算 | | |
| 申請人姓名 | | 申請人蓋章 | | 與身心障礙者關係 | 聯絡電話： 行動電話： | | |
| 福利別請勾選(✓) | <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 | | 本次是否同時申請生活輔具 | <input type="checkbox"/> 有，申請____項。 <input type="checkbox"/> 否。 | | | |
| 最近一年居住國內超過一百八十三日 | | | <input type="checkbox"/> 是(超過 183 天) <input type="checkbox"/> 否(未超過 183 天) | | | | |
| 項目 | 應檢具之證明文件 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 電動拍痰器 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求，並限居家自我照顧所需者申請) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. 非蓄電式抽痰機 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. 化痰機(噴霧器) | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 血氧偵測儀(血氧機) | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 6. 氧氣製造機 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具) | | | | | | |

| 項目 | 應檢具之證明文件 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 7. 咳嗽(痰)機 (Cough Assist Machine) | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全有左項需求並限居家自我照顧所需者申請) <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具) |
| <input type="checkbox"/> 8. 單相陽壓呼吸器(C-PAP: Continuous Positive Airway Pressure) | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左項需求並限居家自我照顧所需者申請)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具)。 |
| <input type="checkbox"/> 9. 雙相陽壓呼吸輔助器 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師開具及載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有左項需求並限居家自我照顧所需者申請)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師或呼吸治療師開具)。 |
| <input type="checkbox"/> 10. UPS 不斷電系統 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 限居家自我照顧所需者申請且因使用醫療輔具有緊急供電之需求 |
| <input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-A款項-頭部、頸部 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 12. 壓力衣-B款項-肩部、胸部、腹部、背部 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 13. 壓力衣-C款-右上臂、右肘、右前臂 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-D款項-右手、右腕 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-E款項-左上臂、左肘、左前臂 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 16. 壓力衣-F款項-左手、左腕 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 17. 壓力衣-G款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 18. 壓力衣-H款項-右小腿 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 19. 壓力衣-I款項-右踝、右足 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 |
| <input type="checkbox"/> 20. 壓力衣-J款項-左小腿 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求。 |

| | | | | |
|--|---|----|----|------|
| | <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 21. 壓力衣- 款 左踝、左足 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明文件 <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有左列項目需求)。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告書(應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明有左列項目需求)。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 22. 矽膠片 | <input type="checkbox"/> 診斷證明書(需3個月內且身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第八類皮膚與相關構造及其功能之專科醫師開具，並載明有本項需求及需使用矽膠片之部位及面積)。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 人工電子耳植入手術費用 | <input type="checkbox"/> 需符合身心障礙生活輔具補助辦法規範之評估方式並提供輔具評估報告書者。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. 開具診斷證明書費用 | <input type="checkbox"/> 申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之診斷證明書之費用申請。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 開具醫療輔具評估報告費用 | <input type="checkbox"/> 申請本附表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所要求之醫療輔具評估報告之費用申請。 | | | |
| 備註 | 1. 醫療輔具評估需由身心障礙鑑定醫院或本府指定之輔具評估中心。 2. 醫療輔具與生活輔具合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為限。 3. 申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之收案對象者，本表醫療輔具編碼1至5項之醫療輔具之診斷證明書，得由該計畫之訪視醫師開具，並檢附該計畫之居家訪視紀錄單；居家訪視紀錄單應載明訪視單位及訪視醫師之簽章。 4. 以上資料請務必確實填寫，如有不實者申請人需負相關法律責任。 <p style="text-align: center;">申請人簽名或蓋章：_____</p> | | | |
| 初審意見及核章 | <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定 | | | |
| | 其他說明： | | | |
| | 承辦人 | 單位 | 主管 | 鄉鎮市長 |
| | | | | |
| 複審意見及核章 | <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定不予補助 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定核予補助新台幣_____元 | | | |
| | 承辦人 | 單位 | 首 | 長 |
| | | | | |

