苗栗縣身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

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　村　路　巷　號 鎮　里　街　弄　樓 市　鄰　段　衖　室				
聯絡地址				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(∨)	□一般戶　□中低收入戶 □低收入戶		本次是否同時申請生活輔具	□有，申請____項。 □否。			
最近一年居住國內超過一百八十三日	□是(超過183天)　□否(未超過183天)						

項目	應檢具之證明文件
□1.電動拍痰器	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)
□2.抽痰機	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)
□3.化痰機(噴霧器)	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)
□4.雙相陽壓呼吸輔助器	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需由胸腔內科、胸腔外科或小兒科專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)。 □醫療輔具評估報告書(應由胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師或呼吸治療師評估)。
□5.單相陽壓呼吸輔助器	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需由胸腔內科專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)。 □醫療輔具評估報告書(應由胸腔內科專科醫師或呼吸治療師評估)。
□6.血氧偵測儀(血氧機)	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請)
□7.氧氣製造機	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具並限居家自我照顧所需者申請) □醫療輔具評估報告書(應由醫師或呼吸治療師進行評估)
□8.USP不斷電系統	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □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
□9.壓力衣-A款-頭頸	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) □醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)
□10.壓力衣-B款-肩胸腹背	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) □醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)
□11.壓力衣-C款-右上肢	□身心障礙手冊、證明正反面影本。　□戶籍資料影本。　□低收/中低收證明文件。 □診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具) □醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)

<table>
<tr><td>項目</td><td colspan="3">應檢具之證明文件</td></tr>
<tr><td>□12.壓力衣-D款-左上肢</td><td colspan="3">□身心障礙手冊、證明正反面影本。 □戶籍資料影本。 □低收/中低收證明文件。
□診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
□醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)</td></tr>
<tr><td>□13.壓力衣-E款-腰臀大腿</td><td colspan="3">□身心障礙手冊、證明正反面影本。 □戶籍資料影本。 □低收/中低收證明文件。
□診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
□醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)</td></tr>
<tr><td>□14.壓力衣-F款-右下肢</td><td colspan="3">□身心障礙手冊、證明正反面影本。 □戶籍資料影本。 □低收/中低收證明文件。
□診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
□醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)</td></tr>
<tr><td>□15.壓力衣-G款-左下肢</td><td colspan="3">□身心障礙手冊、證明正反面影本。 □戶籍資料影本。 □低收/中低收證明文件。
□診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)
□醫療輔具評估報告書(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)</td></tr>
<tr><td>□16.矽膠片</td><td colspan="3">□診斷證明書(需3個月內且需為相關專科醫師開具)</td></tr>
<tr><td>□17.人工電子耳植入手術費用</td><td colspan="3">□需符合身心障礙生活輔具輔助辦法規範之評估方式並提供輔具評估報告書者。</td></tr>
<tr><td>□18.開具診斷證明書費用</td><td colspan="3">□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。</td></tr>
<tr><td>□19.開具醫療輔具評估報告費用</td><td colspan="3">□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。</td></tr>
<tr><td>備註</td><td colspan="3">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.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。

申請人簽章：_____</td></tr>
<tr><td rowspan="4">初審意見及核章</td><td colspan="3">□不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定
□符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定</td></tr>
<tr><td colspan="3">其他說明：</td></tr>
<tr><td>承辦人</td><td>單位主管</td><td>鄉鎮市長</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">複審意見及核章</td><td colspan="3">□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
□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</td></tr>
<tr><td colspan="2">承辦人</td><td>單位首長</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目名稱：『雙相陽壓呼吸輔助器（Bi-PAP）』、『單相陽壓呼吸輔助器（C-PAP）』、『氧氣製造機』

一、基本資料

1. 姓名：　　2. 性別：□男　□女

3. 身分證字號：　　4. 生日：　　年　　月　　日

5. 戶籍地：　縣(市)　鄉鎮市區　村(里)　路(街)　段　巷　弄　號　樓

6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)

縣(市)　鄉鎮市區　村(里)　路(街)　段　巷　弄　號　樓

7. 障礙證明類別：□無　□有

7-1 是否領有身心障礙手冊/證明：□無 □有

7-2.（舊制)身心障礙手冊類別：

□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢

□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙

□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症

□自閉症 □慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症

□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____

□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常

□其他先天缺陷

7-3.（新制)身心障礙分類系統：

□神經系統構造及精神、心智功能 □眼、耳及相關構造與感官功能

□涉及聲音與言語構造及其功能 □循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能

□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □泌尿與生殖系統相關構造及其功能

□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 □皮膚與相關構造及其功能

8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度

9. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構： □其他：

10. 聯絡人姓名：　與身心障礙者關係：　聯絡電話：　行動電話：

二、使用評估

1. 請求評估需求（評估所需器材）

☐非侵襲性雙相陽壓呼吸輔助器（Bi-PAP）：請填寫第2,3項

☐非侵襲性單相陽壓呼吸輔助器（C-PAP）：請填寫第4項

☐氧氣製造機：請填寫第 5 項

2. 非侵襲性雙相陽壓呼吸器使用原因評估（申請雙相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：

呼吸衰竭 ☐ 未補償之高碳酸血症 ☐ 低血氧 其他低血氧之臨床徵象☐肺部塌陷 ☐呼吸肌肉無力 ☐ 肺功能報告 FVC _____FEV1_____ FEV1/FVC_____	☐ 困難脫離呼吸器 連續使用機械通氣天數 _____天 ☐ 不穩定的中樞呼吸驅動力 ☐ 日間清醒時 PaCO2>45mmHg (慢性阻塞性肺疾 PaCO2>50mmHg)且睡眠中至少連續五分鐘 Sp02< 90% 或夜間三分之一以上睡眠時間 Sp02<90%

3. 呼吸系統評估（申請雙相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：

評估日期：民國_____年_____月_____日	
身體評估	身高_____公分　體重_____公斤
初次使用呼吸器前動脈血氣體分析	抽取時間：_____(年/月/日) 動脈血抽取之氧氣濃度：_____ 酸鹼值(pH)____ 動脈二氧化碳分壓(PaCO2)___mmHg 動脈氣分壓(PaO2)_____ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO3-)_____mmol/L 動脈氧氣飽和濃度(SaO2)____%
動脈血氣體分析	☐無　☐有，請繼續填寫以下欄位 抽取時間：_____(年/月/日) 動脈血抽取之機械通氣模式設定及氧氣濃度 ☐侵襲性正壓呼吸器 (模式：_____ 氧氣濃度：_____) ☐非侵襲性正壓呼吸器 (模式：_____ 氧氣濃度：_____) 酸鹼值(pH)____ 動脈二氧化碳分壓(PaCO2)___mmHg 動脈氣分壓(PaO2)_____ mmHg, 碳酸氫根離子濃度(HCO3-)_____mmol/L 動脈氧氣飽和濃度(SaO2)____%
理學檢查	呼吸音：☐正常 ☐囉音☐喘鳴音 ☐呼吸音減弱 ☐其他_____ 呼吸型態：☐正常呼吸 ☐淺快 ☐深快☐使用頸部呼吸輔助肌 ☐ 異常胸腹運動 ☐其他：_____ 咳嗽能力：☐ 功能良好 ☐ 功能不佳 ☐ 無咳嗽功能 痰液清除方式：☐自咳 ☐需協助抽吸

4. 非侵襲性單相陽壓呼吸器使用原因評估（申請單相陽壓呼吸輔助器者必填此項）：

□ (Apnea-hypopnea index AHI）≧每小時 40 次，或每日累積重度缺氧時間（Sp02≦85%）超過 1 小時（含）以上
□ 心臟衰竭
□ 其他呼吸衰竭

5. 需使用氧氣之評估（申請氧氣製造機者必填）：

當疾病已經治療穩定，且未使用氧氣治療時

□ 休息時PaO2≦ 55 mmHg 或 SpO2≦88 %	□ 肺功能報告
□ 休息時PaO2 < 60 mmHg或SpO2 ≦ 89 %，但合併有下列情形者：	FVC :_____% PRED.
□ 心肺症或心衰竭	FEV1:_____% PRED.
□ 運動時或睡眠中 PaO2< 60mmHg，SpO2<89%	FEV1/FVC:_____ %

評估者簽名：_____

三、規格配置

配置選項	配置日期： 年 月 日	
□雙相陽壓呼吸輔助器	□單相陽壓呼吸輔助器	□氧氣製造機

四、總結

1. 氧氣製造機之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：_____
   雙相陽壓呼吸輔助器之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：_____
   單相陽壓呼吸輔助器之建議：□建議使用 □不建議使用，理由：_____
2. 使用訓練：□需要 □不需要
3. 建議事項:_____
4. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

評估單位：_____
評估人員：_____ 職稱：_____
評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 醫療輔具採購結果是否符合原處方醫療輔具：

□完全符合

□功能、形式與原處方符合，部分規格及零配件略有出入，但大致符合

□功能、形式或規格與原處方有顯著差異，不符原處方精神

□其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

□無須修改及調整

□經修改調整後以符合使用需求

□建議配合使用訓練以期能安全操作

檢核單位用印

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

醫療輔具評估報告

醫療輔具項目名稱：壓力衣

一、基本資料

1. 姓名：　　2. 性別：□男 □女
3. 身分證字號：　　4. 生日：　年　月　日
5. 戶籍地：　縣(市)　鄉鎮市區　村(里)　路(街)　段　巷　弄　號　樓
6. 聯絡地址：□同戶籍地(下列免填)
　　縣(市)　鄉鎮市區　村(里)　路(街)　段　巷　弄　號　樓
7. 障礙證明類別：□無 □有
8-1. 身心障礙手冊類別(舊制):
　□肢體障礙：□上肢(手) □下肢(腳) □軀幹 □四肢
　□視覺障礙 □聽覺機能障礙 □平衡機能障礙 □聲音或語言機能障礙
　□智能障礙 □重要器官失去功能 □顏面損傷者 □植物人 □失智症 □自閉症
　□慢性精神病患者 □頑性(難治型)癲癇症
　□多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____
　□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙
　□其他經中央主管機關認定之身心障礙類別：□染色體異常 □先天代謝異常□其他先天缺陷
8-2. 身心障礙分類系統(新制):
　□神經系統構造及精神、心智功能
　　□意識功能 □智力功能 □整體心理社會功能 □整體心理功能：發展遲緩
　　□注意力功能 □記憶功能 □心理動作功能 □情緒功能 □思想功能
　　□高階認知功能 □語言功能 □閱讀功能 □書寫功能
　□眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛
　　□視覺功能 □聽覺功能 □平衡功能
　□涉及聲音與言語構造及其功能
　　□嗓音功能 □構音功能 □言語功能的流暢和節律 □口結構 □咽結構
　□循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能
　　□心臟功能 □血管功能 □血液系統功能 □呼吸功能 □呼吸系統結構
　□消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能
　　□攝食功能 □胃結構 □腸道結構 □肝臟功能
　□泌尿與生殖系統相關構造及其功能
　　□尿液排泄功能 □排尿功能
　□神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能
　　□關節移動的功能 □肌肉力量功能 □肌肉張力功能 □不隨意動作功能
　　□上肢結構 □下肢結構 □軀幹
　□皮膚與相關構造及其功能
　□皮膚保護功能 □皮膚其他功能 □皮膚區域結構
8. 障礙等級：□輕度 □中度 □重度 □極重度
9. 聯絡人：姓名：　與身心障礙者關係：　聯絡電話：
10. 居住情況：□獨居 □與親友同住 □安置機構 □其他：_____

二、使用評估

1. 醫療輔具使用現況：

(1)目前使用的壓力衣已使用：_____年_____月(尚未使用者免填) □使用年限不明

(2)目前使用的壓力衣來源：□自購 □社政 □勞政 □教育 □其他：_____

(3)目前使用情形：

□尚未使用醫療輔具

□已損壞不堪修復，需重製

□規格或功能不符現在使用需求，需重製

□部份零件損壞或需要調整，可進行修復或調整

□符合使用者現在使用需求，無需購置

□其他：_____

2. 身體功能與構造：

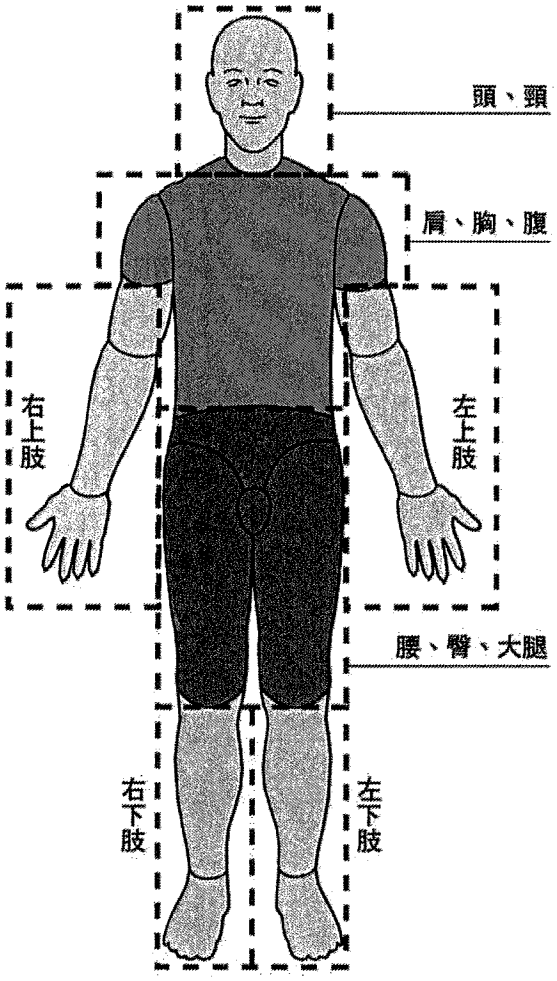
(1)醫療輔具使用之相關診斷：

□燒燙傷 □皮膚損傷：_____ □身體腫瘤：_____ □循環障礙：_____

□其他：_____

(2)需使用壓力衣之疤痕位置：

疤痕位置	
頭頸	頭部：□前額 □眼部 □鼻子 □口部 □耳朵 □面頰 □下巴 □頭頂 □後枕部 頸部：□前面 □左側 □右側 □後面
肩胸腹背	□左肩部 □右肩部 □胸廓部 □中腹部 □下腹部 □上半背 □下半背 □左側腰 □右側腰
左上肢	□上臂 □肘部 □前臂 □腕 □手背 □手掌 □手指 □虎口
右上肢	□上臂 □肘部 □前臂 □腕 □手背 □手掌 □手指 □虎口
腰臀大腿	左側：□鼠蹊 □臀部 □大腿前 □大腿後 □大腿內 □大腿外 右側：□鼠蹊 □臀部 □大腿前 □大腿後 □大腿內 □大腿外
左下肢	□膝 □小腿前 □小腿後 □踝 □腳背 □腳掌 □腳指
右下肢	□膝 □小腿前 □小腿後 □踝 □腳背 □腳掌 □腳指



請依損傷部位勾選

☐頭頸

☐肩胸腹背

☐左上肢

☐右上肢

☐腰臀大腿

☐左下肢

☐右下肢

三、規格配置建議

款式	特殊說明
☐**頭套** ☐全罩 ☐半罩 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**上衣** ☐長袖 ☐短袖 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**褲子** ☐長褲 ☐短褲 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**袖套**	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**手套** ☐有指 ☐無指 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**腿套**	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**腳套** ☐有指 ☐無指 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他
☐**頸圈** ☐厚 ☐薄 ☐其他：_____ ☐無特別建議	☐有傷口需注意：_____ ☐需自行穿脫，製作考量上請協助：_____ ☐其他

四、總結

1. 壓力衣之建議：□建議使用

   □不建議使用，理由：_____

2. 壓力衣配件之建議其他輔具配合需求：

   □內襯墊，位置：_____

   □矽膠片，位置：_____

   □鼻管 □擴嘴器 □耳朵副木 □透明壓力面膜

   □其他：_____

3. 是否需接受醫療輔具操作訓練：

   □需要：(□穿著方式 □洗滌保養 □水腫觀察 □傷口觀察 □疤痕觀察)

   □不需要

4. 其他建議事項：_____

5. 是否需要安排追蹤時間：□需要 □不需要

(應由相關專科醫師、物理治療師或職能治療師進行評估)

評估單位：_____

評估人員：_____ 職稱：_____

評估日期：_____

評估單位用印

五、檢核與追蹤紀錄

1. 醫療輔具使用結果是否符合原處方醫療輔具：

   □完全符合

   □功能、形式與原處方符合，部分規格及零件略有出入，但大致符合

   □功能、形式與原處方有顯著差異，不符原處方精神

   □其他：_____

2. 修改、調整與使用訓練：

   □無須修改與調整

   □經修改調整後以符合使用需求

   □建議配合使用訓練以期能安全操作

   □不堪使用，需重新製作

檢核單位：_____

檢核人員：_____ 職稱：_____

檢核日期：_____

檢核單位用印