

## 苗栗縣身心障礙者鑑定暨需求評估異議書

異 基 本 議 資 料 人 欄	姓 名			填 寫 日 期	年	月	日
	出生年月日		障 礙 類 別		障 礙 等 級		
	身分證字號						
	住 址						
	公文送達住址						
	連 絡 電 話						
異 議 事 項	<input type="checkbox"/> 身心障礙類別/等級異議複檢(請送衛生局審核) <input type="checkbox"/> 福利與服務需求評估異議複評(送社會處審核) <input type="checkbox"/> 行動不便者認定(檢附診斷證明書及相關佐證資料) <b>註：行動不便者之評估指標係考量身心障礙者行走至指定短距離目的之活動能力。</b> <input type="checkbox"/> 搭乘大眾運輸工具及必要陪伴者認定 <input type="checkbox"/> 休閒文康活動必要陪伴者認定 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者支持服務						
異 議 理 由	<input type="checkbox"/> 請說明異議理由：						
受 理 單 位 審 核	承辦人			單位主管			
審 核	<input type="checkbox"/> 維持原核定結果						
	<input type="checkbox"/> 建議撤銷原核定結果，核列 <input type="checkbox"/> 行動不便者認定 <input type="checkbox"/> 搭乘大眾運輸工具及必要陪伴者認定 <input type="checkbox"/> 休閒文康活動必要陪伴者認定						
	理由如下：						
審 核 單 位 核 章	承辦人		科長		單位主管		

