

新竹縣 鄉/鎮/市公所身心障礙者 生活 醫療輔助器具補助費申請表 108年4月修訂

身心障礙者姓名		身分證字號	
出生日期	民國(前) _____年____月____日		聯絡電話 (家用) (行動)
障礙類別 等級	第 _____ 類 _____ 度 / _____ 障 _____ 度 領有身障證明者填寫 ICD 診斷：		
戶籍地址	新竹縣 鄉/鎮/市 街(路) 段 巷 弄 號 樓		經濟狀況 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶
公文送達處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：		
申請輔具項目	1.項次 _____ 項目 _____ 2.項次 _____ 項目 _____ 3.項次 _____ 項目 _____ 4.項次 _____ 項目 _____		
申請資格	1.設籍本縣且領有本縣核(換、補)發或註記之身心障礙手冊或證明者。 2.申請補助項目未獲政府其他醫療補助、社會保險給付或其他相同性質(輔具)補助者。 3.其他：詳見「身心障礙者輔具費用補助辦法」、「身心障礙者輔具費用補助基準表」及「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」、「醫療費用及醫療輔具補助標準表」等相關規定。		
應備文件	<input type="checkbox"/> 1.低收入戶/中低收入戶證明書正本(非低收或中低收入戶免附)。 <input type="checkbox"/> 2.身心障礙手冊或證明正本及正反面影本(正本現場查驗後歸還)。 <input type="checkbox"/> 3.印章(簽章處蓋章) <input type="checkbox"/> 4.三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本。(註明症狀及所須輔具名稱) <input type="checkbox"/> 5.三個月內輔具評估報告書正本(申請人應自存影本1份以利購置輔具)。 (4-5項係依申請項目檢附不同之文件,應備文件係依本辦法、基準表及其他相關規定)		
注意事項	1.申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具之補助年限,每人每2年度以申請4項輔具補助為限(合併醫療輔具補助項次計算)。 2.以詐術或其他不法行為申請或領取補助者,本縣將不予補助或停止補助,已補助者將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 3.本府委託輔具資源中心(地址:竹北市福興東路一段1號,電話:5527316轉9)提供必須由輔具中心開立之輔具評估書之服務。 4.輔具項目按標準表規定,若需檢附醫師診斷書及評估建議書者,請先依醫師診斷、治療師評估建議後依其建議事項購買,若已先購買輔具再開立評估建議書者,不予補助。 5.最近1年居住國內需超過183日。 ※本人(受託人)已詳閱本表並確實填寫(提供)上述資料無誤,如有不實,除停止本補助外,已撥付之款項應全數繳回,如涉及不法者,依法辦理。另本人(受託人)所申請項目並未超過「每人每2年度以申請4項輔具補助」之規定,如有不實,除停止本補助外,已撥付之款項應全數繳回。		
本人(受託人)簽章：		申請日期：_____年____月____日	
代理申請委託授權書(本人申請不需填寫)			
即申請人：_____【簽章】已瞭解並將申請本辦法及基準表相關規定事宜,委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請,如有糾紛,概由委託人與受委託人自行議處;如有因虛報不實經查獲者,雙方並負相關法律責任。			
審 核 結 果			
初審意見	<input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定：		
收件審核	承辦人	課長/輔具中心組長	鄉鎮(市)長/輔具中心主任
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定：		
縣政府/衛生局審核	承辦人	科長	處長/局長