**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 112年2月修訂**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙者姓名 | |  | | 身分證  統一編號 |  |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 出生日期 | 民國（前） 年 月 日 | | | | 聯絡電話 | | | | （家用電話)  （行動電話） | | | | | | | | | |
| 障礙類別等級 | 障 度  領有身障證明者填寫ICD診斷： | | | |
| 戶籍地址 | □□□-□□ | | | | | | | | | | | 經 濟狀 況 | | | □一般戶  □中低收入戶  □低收入戶 | | | |
| 公文送達處所 | □同戶籍地址  □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：詳見內政部訂定之「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」及衛生福利部訂定之「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 | □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)。  □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）。  □3.印章（簽章處蓋章）  □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**輔具名稱**)  □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）。**「每人每2年度以申請4項輔具」計算基準舉例如下： 2. 某甲於106年申請1項，則107年可申請3項，108年則可申請1項。 3. 某乙於106年申請4項，107年不可申請，108年則可再申請1-4項。 4. 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，已補助者本縣將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 5. 社會處委託之輔具資源中心 (地址：竹北市中山路220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。 6. 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。** 7. **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **審 核 結 果** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初審意見 | □符合規定 □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 | □符合規定 □不符合規定： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 縣政府/衛生局審核 | **承 辦 人** | | **科 長** | | | | | **處 長/局 長** | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |