

# 臺南市政府衛生局身心障礙者到宅鑑定申請書

106年7月25日製

◎ 依據身心障礙者鑑定作業辦法第10條規定：申請到宅或到院鑑定者，醫院具實開立之診斷證明書需含下列三者之一：(請勾選)

全身癱瘓無法自行下床 (註：診斷證明書上需明確載述全身癱瘓)

長期重度昏迷 (註：昏迷指數  $GCS < 8$  分)

需二十四小時使用呼吸器或維生設備

(註：依鑑定表第15頁呼吸功能記載：本碼限評經積極治療6個月之後，仍無法改善者。請確認診斷證明書上是否有記載使用呼吸器之起迄期間並且持續使用6個月以上)

※ 依據醫師法第28條之4第5項：出具與事實不符之診斷書一處新台幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其職業執照；情節重大者，並得廢止醫師證書。

◎ 以下申請資料請確實填寫及勾選，切勿缺漏避免耽誤申請人之權利。

申請人資料	申請人姓名：_____ 身分證字號：_____ 戶籍地址：臺南市____區____里(村)____鄰____路(街)____號____樓 <input type="checkbox"/> 初次鑑定 <input type="checkbox"/> 重新鑑定 (上次鑑定醫院為：_____)
代理人資料	代理人姓名：_____ 核章： <input type="checkbox"/> 聯絡電話：(06)_____；手機：_____ (二者皆必填) 與申請到宅鑑定者之關係：_____
到宅鑑定地點 (請詳細確實填寫及勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 安置機構名稱：_____ 機構電話：( ) _____ 機構地址：_____ <input type="checkbox"/> 2. 自宅鑑定地址：_____
必要檢附文件 (已檢附請打勾)	※以下文件請確認內容正確無誤，若缺漏或錯誤將依規定退回 <input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定表 <input type="checkbox"/> 身心障礙者到宅鑑定申請書 <input type="checkbox"/> 近三個月內1吋照片3張(身心障礙者鑑定作業辦法第7條) <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本；未滿14歲者得檢附戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫院屬實開立之3個月內診斷證明書(身心障礙者鑑定作業辦法第10條) <input type="checkbox"/> 與鑑定類別相關之3個月內病歷摘要(身心障礙者鑑定作業辦法第9條)

◎ 煩請貴所承辦人初審所需檢附文件皆正確無誤後函文至衛生局辦理

公所承辦人員簽章：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日