

臺南市身心障礙重新鑑定自費檢查補助計畫

壹、目的：

臺南市政府衛生局(以下簡稱本局)為補助身心障礙者於身心障礙手冊(證明)屆期換證,辦理重新鑑定時所需之檢查自付費用,以減輕其經濟負擔,保障身心障礙者權益,特訂定本計畫。

貳、依據：

身心障礙權益保障法第6條第4項：「辦理有關身心障礙鑑定服務必要之診察、診斷或檢查等項目之費用,應由直轄市、縣(市)衛生主管機關編列預算支應,並由中央衛生主管機關協調直轄市、縣(市)衛生主管機關公告規範之。前項身心障礙鑑定之項目符合全民健康保險法之規定給付者,應以該保險支應,不得重複申領前項費用。」規定辦理。

參、補助對象及資格限制：

一、補助對象：

(一)自申請前設籍本市超過183日,且依社會救助法第4條第1項之規定具有低收入戶或中低收入戶證明,因屆期辦理重新鑑定者。

(二)屆期換證對象：

1. 持有身心障礙手冊屆期換證為身心障礙證明者。
2. 持有身心障礙證明屆期換證者。

以上換證均應依新制辦理重新鑑定,由鑑定醫師依身心障礙手冊(證明)記載之障礙類別辦理bs碼鑑定;專業人員進行活動參與及環境因素鑑定,並於當次鑑定符合身心障礙鑑定基準且取得身心障礙證明。

二、有以下情事者不得申請：

(一)初次申請：

- 1.從未申請身心障礙鑑定者。
- 2.原領有身心障礙手冊但已失效者。
- 3.曾申請身心障礙鑑定但未達列等，且逾異議複檢之期限(30日)者。

(二)異議複檢：經新制身心障礙鑑定，對原鑑定之結果不滿提出異議申請者。

(三)再次申請：

- 1.經新制身心障礙鑑定未達列等，且逾異議複檢(30日)之期限後，再提出申請重新鑑定者。
- 2.原領有身心障礙證明，但已逾期失效者。

(四)自行申請變更：已領有身心障礙證明，但自認原障礙類別有程度改變或障礙類別增加之情形者。

(五)新增鑑定類別：領有舊制身心障礙手冊已屆期，且自行申請新增障礙類別鑑定者。

肆、補助標準及範圍：

- 一、依身心障礙鑑定作業辦法附表一「身心障礙鑑定人員之資格條件、鑑定方法及鑑定工具」辦理。
- 二、檢查地點應以衛生福利部公告之鑑定醫院為限。
- 三、本計畫所稱檢查醫療費用，指符合身心障礙手冊(證明)屆期換證重新鑑定者因鑑定所需之檢查，但全民健康保險不給付之檢查費。
- 四、可申請補助類別以第一類「神經系統構造及精神、心智功能」及第二類「眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛」為限。
- 五、核定補助以一年1次為限，補助上限為新台幣2,000元整，未達補助上

限金額，應實支實付，且各項檢查補助金額依全民健康保險支付點數為上限。

六、受理期限至當年度 12 月 10 日止(以郵戳日期為憑)，惟當年度經費如已用罄，即不再受理補助申請。

伍、申請流程及應備文件：

一、申請流程：

(一)申請者應至本局領取申請表或至網站(<https://health.tainan.gov.tw>，首頁/醫事業務/身心障礙/)下載，填妥申請表並檢附鑑定醫院之費用收據正本(3 個月內)及相關文件後，寄送至本局審核。符合補助資格者，由本局以書面通知申請人並撥付補助款；如資格不符者，本局亦將以書面通知申請人不符資格原因。

(二)申請補助者，應自檢查日起算 90 日內提出申請，逾期不予受理。

二、應備文件：

(一)申請表。

(二)委託書(非本人親洽申辦者，應檢附委託書)。

(三)身分證正反面影本。

(四)身心障礙手冊(證明)影本(仍於效期內)。

(五)本市戶籍所在地區公所出示的低收入戶或中低收入戶證明(仍於效期內)。

(六)檢查費用收據正本(鑑定醫院所出具)，收據內應註明檢查項目及金額。

(七)申請人金融機構存摺封面影本(以郵局、臺灣銀行為佳)，另若有金融機構衍生之手續費應由申請人自行負擔。

(八) 非身心障礙者本人之帳號(郵局、臺灣銀行)者須附領款委託書。

陸、給予補助後，經發現係以詐欺或虛偽不實申請者，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任者移送司法機關辦理。

柒、本計畫所需經費由本局編列相關預算支應，補助費用以年度預算額度用罄為止。

捌、如對本局行政決定不服，應於接獲書面通知之次日起 30 日內，檢附公文影本及訴願書逕寄本局，由本局層轉臺南市政府提起訴願。

玖、自本計畫自奉核後起實施，修正時亦同。

臺南市身心障礙重新鑑定自費檢查補助申請書

(本表若有塗改處，應蓋填寫人私章)

申請人 基本資料 (必填)	姓 名：_____ 核章： <input type="checkbox"/> 身分證字號：_____ 出生日期：_____ 年 齡：_____ 聯絡電話：_____ 手 機：_____ 戶籍地址：() _____ 通訊地址：() _____
申請人未滿 20 歲者應填寫	※申請人未滿 20 歲應加填此欄，並核蓋監護人或法定代理人私章。 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 姓名：_____ 核章： <input type="checkbox"/> 身分證字號：_____ 聯絡電話：() _____ 手 機：_____ 通訊地址：() _____
委託書	※申請人非本人應填寫此欄。 申請人：_____ (簽名)已瞭解重新鑑定自費檢查補助相關事宜，因 _____ 不便親自辦理，將委託 _____ (簽名)代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決；如係以詐欺或虛偽不實申請經查獲者，雙方自負相關法律責任。 受委託人： 通訊地址：() _____ 聯絡電話：() _____ 手 機：_____ <div style="text-align: right;">受委託人核章：<input type="checkbox"/></div>
申請補助項目 (檢查項目名稱)	_____
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶
應檢附文件 (自行檢查打勾)	<input type="checkbox"/> 補助申請書。 <input type="checkbox"/> 申請人身分證正反面影本(未滿 18 歲得附戶口名簿影或戶籍謄本影本)。 <input type="checkbox"/> 非本人申請應檢附受委託人/監護人/法定代理人身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 申請人身心障礙手冊(證明)正反面影本(仍於效期內)。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶或低收入戶證明影本(仍於效期內)。 <input type="checkbox"/> 檢查費用收據正本(鑑定醫院出具)。 <input type="checkbox"/> 金融機構存簿封面影本(非本人帳戶應填具更換存簿同意書)。
切結	上列申請補助相關事項確已瞭解，且所提供資料皆屬實並符合規定，如有不實，願自負一切法律責任。 申請人/監護人/法定代理人/委託人 簽名：_____

文件黏貼處

申請人國民身份證影本黏貼處
(正面)

申請人國民身份證影本黏貼處
(反面)

申請人身心障礙手冊(證明)影本黏貼處
(正面)

申請人身心障礙手冊(證明)影本黏貼處
(反面)

受委託人/監護人/法定代理人
身份證影本黏貼處
(正面)

受委託人/監護人/法定代理人
身份證影本黏貼處
(反面)

文件黏貼處

檢查費用收據正本（鑑定醫院所出具）

黏貼處

金融機構存簿封面影本

黏貼處

更換存簿同意書

申請人因_____，無法至郵局或其他金融機構辦理存摺，惠請准予轉帳至_____（與申請人關係：_____）存簿，局號_____帳號_____，如以詐欺或虛偽不實申請經查獲，本人願負一切法律責任並繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

存簿持有人簽章：_____



身分證字號：_____

聯絡電話：_____

通訊住址：() _____

中華民國_____年_____月_____日

臺南市政府衛生局審查意見(由承辦單位填寫)

審查意見	<input type="checkbox"/> 符合，補助金額：_____元整
	<input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____ _____
擬辦	批示
	承辦人員： 單位主管： 審核日期：_____年_____月_____日

中華民國_____年_____月_____日

領 據

茲向臺南市政府衛生局領訖「身心障礙重新鑑定自費檢查補助費」，共計新臺幣 元整。

此致

臺南市政府衛生局

具領人：

身分證字號：

地址：

中 華 民 國 年 月

