

◎ 臺南市政府衛生局身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

申請日期： 年 月 日 (申1)

申請人姓名		蓋章		身分證字號		障礙類別		障礙等級	
出生年月日	____年____月____日，年齡：____歲____月					聯絡電話			
公文送達地址	□□□□-□□□ (請務必填寫清楚)								
受託人姓名		蓋章		身分證字號		與身障者關係		聯絡電話	
經濟條件	☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶 (需檢附中低收入戶證明或蓋章) ☐ 低收入戶 (需檢附低收入戶證明或蓋章)								
申請輔具項目名稱	1.		2.		3.		醫療費用 ☐ 人工電子耳植入手術費用 ☐ 開具診斷證明書費用 ☐ 開用醫療輔具評估報告費用		
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年度以合計申請4項輔具補助為限(合併生活+醫療輔具計算)。 2. 限居家照護者且最近一年居住臺灣超過183天(需填寫切結書)。 3. 本局得視實際需要，輔具得採現金給付方式辦理，並派員進行後續追蹤與輔導輔具使用情形。 4. 依其他法令規定申請相同性質之醫療費用、醫療輔具補助，與依本辦法申請補助者，僅得從優擇一補助。 5. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本市將不予補助，已補助者本市將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 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，但 <u>特殊情況者除外</u> 。 7. 標準表內編號1-7之補助項目，限居家自我照顧所需者申請，如經查核有不實之情況，將追回補助款。								
應備文件	☐ 1. 國民身分證或戶口名簿或戶籍謄本正反面影本。 ☐ 2. 身心障礙手冊或身心障礙證明正反面影本(請黏貼於委託書)。 ☐ 3. 低收入戶證明、中低收入戶證明正本(請公所務必協助確認後附上證明)。 ☐ 4. 三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本(需由相關專科醫師開立)。 ☐ 5. 三個月內醫療輔具評估報告正本(雙相陽壓呼吸輔助器、單相陽壓呼吸器、氧氣製造機、壓力衣)。 ☐ 6. 切結書(需填寫詳細資料並核章)。 ☐ 7. 其他應附文件(委託辦理者須附國民身分證正反面影本及委託書)								
區公所初審意見	☐ 符合本市身心障礙者輔具費用補助標準規定。 ☐ 不符合本市身心障礙者輔具費用補助標準規定，故予退件。 ☐ 其他： 低收、中低收蓋章處：					核章	承辦人		
	前四項年限未滿之申請項目： ☐ 無 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____						課長		
市政府複審結果	☐ 符合補助之規定，核定補助之輔具類別及金額為：					核章	複審人員		
	1. _____新臺幣_____元，最低使用年限____年						承辦人		
	2. _____新臺幣_____元，最低使用年限____年						科長		
	3. _____新臺幣_____元，最低使用年限____年						局長		
	4. _____新臺幣_____元，最低使用年限____年								
☐ 不符合補助，退件原因：									

附註：請依序裝訂1.申請書2.委託書3.國民身分證或戶口名簿或戶籍謄本正反面影本4.診斷書5.評估表6.切結書7.其他
 本人同意主管機關如基於評估及審核必要，得調閱本人及家屬之戶籍或有關資料，並同意作為本案處理、歸檔等業務使用。

臺南市政府衛生局身心障礙者醫療輔具申請補助委託書

(申2)

申請人 (身心障礙手冊或身障證明)				
申請人 (身分證)				
受託人 (身分證)				
委託事項	本人茲因 ☐生病或行動不便 ☐工作 ☐不識字 ☐其他_____，無法親自辦理本項補助申請，特委託_____（受託人）與申請人關係_____（請註明）辦理並檢具委託書及相關證件影本。 ※本人（或受託人）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（或受託人）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。 申請人簽名：_____ 蓋章：_____ 受託人簽名：_____ 蓋章：_____			
申請及委託日期： 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
身份證明資料影印本，初審單位檢驗與正本無誤後，加註「與正本相符章」。				

切 結 書

(申3)

申請人_____（身心障礙者）申請身心障礙者醫療輔具_____，確實最近一年居住臺灣超過183天，且在（輔具使用地址）_____居家使用，非在醫院或養護機構使用，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

立書人簽名：

蓋章：

身分證字號：

與身障者關係：

聯絡電話：

聯絡住址：

中 華 民 國 年 月 日