

照顧負荷狀況	<input type="checkbox"/> 1. 家中尚有其他 35 歲以上身心障礙者，_____位 <input type="checkbox"/> 2. 家中尚有其他 35 歲以下身心障礙者，_____位 <input type="checkbox"/> 3. 家中尚有 65 歲以上老人（非身心障礙者） <input type="checkbox"/> 4. 家中無其他身心障礙者
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天（出生即有） <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 其他_____
致障時間	民國_____年

二、聯絡人

姓名		出生日期	年	月	日				
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂：_____） <input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他								
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機						
	居住地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷
			市	市區	里		街	弄	樓

三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名		出生日期	年	月	日				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他								
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂：_____） <input type="checkbox"/> 其他_____								
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機						
	居住地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷
			市	市區	里		街	弄	樓

四、本次鑑定障礙類別

<p>新增鑑定 現制障礙類別</p>	<p><input type="checkbox"/>第1類神經系統構造及精神、心智功能</p> <p><input type="checkbox"/>第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛</p> <p><input type="checkbox"/>第3類涉及聲音與言語構造及其功能</p> <p><input type="checkbox"/>第4類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能(心臟、血管或呼吸器官)</p> <p><input type="checkbox"/>第5類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能(吞嚥、胃、腸道或肝臟)</p> <p><input type="checkbox"/>第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿)</p> <p><input type="checkbox"/>第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能</p> <p><input type="checkbox"/>第8類皮膚與相關構造及其功能</p>
<p>重新鑑定 現制障礙類別</p>	<p><input type="checkbox"/>第1類神經系統構造及精神、心智功能</p> <p><input type="checkbox"/>第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛</p> <p><input type="checkbox"/>第3類涉及聲音與言語構造及其功能</p> <p><input type="checkbox"/>第4類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能(心臟、血管或呼吸器官)</p> <p><input type="checkbox"/>第5類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能(吞嚥、胃、腸道或肝臟)</p> <p><input type="checkbox"/>第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿)</p> <p><input type="checkbox"/>第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能</p> <p><input type="checkbox"/>第8類皮膚與相關構造及其功能</p>

五、鑑定及需求評估環境

<p>鑑定場所</p>	<p><input type="checkbox"/>機構(醫院)內鑑定 <input type="checkbox"/>機構(醫院)外鑑定(須另檢附診斷證明書)</p>
<p>需求評估 場所</p>	<p><input type="checkbox"/>非併同辦理(<input type="checkbox"/>住居所 <input type="checkbox"/>安置機構 <input type="checkbox"/>工作場所 <input type="checkbox"/>其他: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>併同辦理(醫院名稱: _____; 醫院所在地: _____縣/市)</p> <p>選擇併同辦理鑑定方式, 必須配合指定醫院的門診時間與診次, 不得指定醫師。</p>

六、福利服務申請項目

<p><input type="checkbox"/>無申請需求</p> <p><input type="checkbox"/>有申請需求(請續勾選下列項目)</p> <p><input type="checkbox"/>1. 身心障礙者專用停車位識別證</p> <p><input type="checkbox"/>2. 搭乘國內大眾運輸工具必要陪伴者優惠</p> <p><input type="checkbox"/>3. 進入公、民營風景區、康樂場所或文教設施必要陪伴者優惠</p> <p><input type="checkbox"/>4. 身心障礙者經濟補助(請續就以下項目勾選)</p> <p><input type="checkbox"/>生活補助費 <input type="checkbox"/>日間照顧費用補助 <input type="checkbox"/>住宿式照顧費用補助 <input type="checkbox"/>醫療費用補助</p> <p><input type="checkbox"/>居家照顧費用補助 <input type="checkbox"/>輔具費用補助 <input type="checkbox"/>房屋租金補助 <input type="checkbox"/>購屋貸款利息補貼</p> <p><input type="checkbox"/>購買停車位貸款利息補貼 <input type="checkbox"/>承租停車位補助</p> <p>★以下服務將於證明核發後, 由需求評估社工人員主動與您電話聯繫說明福利服務內容</p> <p>5.身心障礙者個人照顧服務及 6.身心障礙者家庭照顧者服務</p>

以上各項身心障礙者補助與福利服務皆須經過評估及相關資格標準之審查，符合者才可以取得，本人已明瞭且願意提供審查所需要的相關文件資料。另本人同意經專業團隊鑑定及需求評估之相關資訊，提供服務單位作為規劃服務之參考。

申請人(監護人)簽章：

填表日期： 年 月 日

備註：1. 申請人如有法定監護人，則須請監護人簽章。

2. 取得身心障礙證明後，健保費及勞、工、軍、農保等保險費將依身障等級直接減免，無須提出申請；但若申請人評估將對於就業或其他領域會有不利影響時，可向戶籍所在地縣市政府申請保險費補助方式變更(不列入媒體交換)。

代理申請委託（授權）書

委託人（即申請人）：_____【簽章】已瞭解並將申請身心障礙鑑定相關事宜，委託（授權）受委託人（身分證統一編號：_____）：_____【簽章】代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決；如有虛報不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。

備註：依據身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法第3條規定，委託他人代為申請者，應另附本委託書及受委託人之身分證明文件。