臺南市政府衛生局身心障礙者到宅鑑定申請書

109 年 12 月 31 日製

◎依據身心障礙者鑑定作業辦法第11條規定至申請人居住處所鑑定之情形，依 診斷證明書與病歷摘要明確載述為證(請勾選)：

□全癱無法自行下床。(註：載述全身癱瘓或四肢癱瘓)

□需24小時使用呼吸器或維生設備。(註：載述起迄期間)

□長期重度昏迷。(註：昏迷指數 GCS＜8 分)

□其他特殊困難，經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關認定。

※依據醫師法第28條之4第5款規定，出具與事實不符之診斷書，違規者處新臺幣10萬元以上50萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分1個月以上1年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書。

◎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： 核章： □  身分證字號： |
| 代理人資料 | 代理人姓名： 核章： □  聯絡電話：( ) ；手機： (2者皆必填)  戶籍地址：臺南市 區 里(村) 鄰 路(街)  段 弄 號 樓之  與申請到宅鑑定者之關係： |
| 鑑定指定地點 | □1.安置機構名稱： 機構電話：( )  機構地址：  □2.申請人居所地址： |
| 必要檢附文件 | □身心障礙鑑定表  □身心障礙者到宅鑑定申請書  □近3個月內之1吋半身照片3張(身心障礙者鑑定作業辦法第5條)  □國民身分證正背面影本；未滿14歲者，得檢附戶口名簿影本  □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11條)  □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10條) |

※公所承辦人需初審檢附文件正確無誤後函文至衛生局辦理。(若缺漏或錯誤將依規定退回)公所承辦人員簽章：

中華民國 年 月 日