

高雄市身心障礙鑑定自費檢查補助申請表

姓 名	身分證字號		年齡	歲										
	生 日	年 月 日												
通訊地址 (公文寄送地)	縣市 區 里 鄰 村/路/街 段 巷 弄 號 樓 室													
聯絡電話	1.(H) 2.(O)		3.(行動)											
障礙類別及程度	第 類 度	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶											
應 檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 1、申請表。 <input type="checkbox"/> 2、身分證正反面影本及 <u>經鑑定後新製發的</u> 身心障礙證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 3、低收、中低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 4、申請人委託書(若為本人申請則免)。 <input type="checkbox"/> 5、委託代辦者，應檢附委託人印章及代辦人身分證、印章。 <input type="checkbox"/> 6、檢查費用收據正本(身心障礙鑑定醫療機構所出具)。 <input type="checkbox"/> 7、補助者金融機構存摺封面影本(以郵局、高雄銀行為佳)。													
注 意 事 項	<p>1、補助對象設籍本市之中低、低收入戶，初次申請及屆期重新辦理身心障礙鑑定，於當次鑑定符合身心障礙鑑定基準，且取得身心障礙證明者。</p> <p>2、若申請人因詐欺或虛偽不實之申請而獲得補助者，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。</p> <p>3、核定補助金額依全民健康保險支付標準為基準。</p> <p>以上注意事項本人已充分知悉。申請人簽名：</p> <p style="text-align: right;">申請日期(證件備齊日)： 年 月 日</p>													
衛 生 局 審 核	<input type="checkbox"/> 符合，核定金額及項目如下： <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">項 目</th> <th style="width: 40%;">金 額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 不符合，原因： _____ <input type="checkbox"/> 其他，原因： _____ 補助金額： 承辦人員： 審核日期： 年 月 日				項 目	金 額	1.		2.		3.		4.	
項 目	金 額													
1.														
2.														
3.														
4.														

文件黏貼處

申請人國民身份證影本
正面黏貼處

申請人國民身份證影本
背面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
正面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
背面黏貼處

受託人國民身份證影本
正面黏貼處

受託人國民身份證影本
背面黏貼處

檢查費用收據正本
浮貼處