

高雄市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助申請表 106/11/01 修訂

| | | | | | |
|-----------------|---|---------------------------------------|---|-----|--------|
| 申請者姓名 | | 身分證字號 | | | |
| | | 生 日 | 年 月 日 | 年 齡 | 歲 |
| 通訊地址 (公文寄送地) | 縣 鄉鎮 村 鄰 市 區市 里 街 | 路 | 段 | 巷 | 弄 號之 樓 |
| 聯絡電話 | 1.住家或辦公室： 2.行動電話： | 設籍本市最近一年內 居住國內超過 183 日 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(不符合資格) | | |
| 經濟狀況 | <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 非(中)低收入戶 | | | | |
| 應檢附文件 | <input type="checkbox"/> 1. 申請表。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊(證明)正反面影本(未過期)。 <input type="checkbox"/> 3. 身分證正反面影本或戶口名簿影本或戶籍謄本(三者擇一檢附即可)。 <input type="checkbox"/> 4. 低收入戶或中低收入戶證明(非低收入戶或中低收入戶者免附)。 <input type="checkbox"/> 5. 相關專科醫師診斷證明書正本(須於開立後三個月內申請)。 <input type="checkbox"/> 6. 本市立醫院或鑑定醫院相關專科醫師或相關治療師簽署評估報告書正本(三個月內)。 【申請單或雙相陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機、壓力衣時須檢附】 <input type="checkbox"/> 7. 受託人(申請人委託代辦者)之身分證正反面影本。 <div style="float: right; text-align: center;">★ 必備</div> | | | | |
| 申請項目 | 醫療輔具 | 醫療費用 | | | |
| | 1、_____ | <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 | | | |
| | 2、_____ | <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 | | | |
| | 3、_____ | <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用 | | | |
| 注意事項 | <p>1、每人每二年依實際需要，以補助四項輔具為原則，申請之輔具項目需已超過前次申請該項輔具項目之使用年限。</p> <p>2、申請人提出申請補助前，不得先行購置或裝配輔助器具，特殊情況者除外。</p> <p>3、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。若有虛偽不實之申請而接受補助者，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任移送司法機關辦理。</p> <p>4、申請醫療輔具補助者，應於核定日起6個月內完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及「醫療費用及醫療輔具補助標準」所定應備文件，申請撥付補助款；未依核定項目完成購置或租賃者，不予補助。</p> <p>5、評估報告書由相關專科醫師或相關治療師開立。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>評估報告書開立資格條件：</p> <p><u>單相陽壓呼吸輔助器</u>：1. 限胸腔內科或呼吸治療師。2. 應檢附胸腔專科字號或呼字第號。</p> <p><u>雙相陽壓呼吸輔助器</u>：1. 限胸腔內科、胸腔外科、小兒科專科醫師。2. 應檢附以上其中一科科別之專科字號或呼字第號。</p> <p><u>氧氣製造機</u>：1. 限胸腔、神經、心臟、耳鼻喉、精神、復健科或兒胸、兒重症相關專業訓練之專科醫師或呼吸治療師。 2. 應檢附以上其中一科科別之專科字號或呼字第號。</p> <p><u>壓力衣</u>：1. 限皮膚科、臨床病理科、整型外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科、復健科、物理或職能治療師。 2. 應檢附以上其中一科科別之專科字號。(壓力衣診斷書有效期二年)</p> </div> <p>6、限居家自我照顧所需者申請，確認請申請人或受託人(代辦人)簽名：</p> | | | | |
| 申請人或受託人 | <p>1.申請者或受託人(簽章)： (委託代辦者非直系親屬請檢附申請委託書)</p> <p>2.受託人與申請者關係： (排除廠商)</p> | | | | |
| 衛生所初審 | <p>承辦人請核章：</p> <p>申請日期(證件備齊日)： 年 月 日 時 分</p> | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------|-------|------|-----------------|---|------|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 核定補助 | | | | | | | | | |
| | C01 | 電動拍痰器(3年) | | C04 | 雙相陽壓呼吸輔助器(5年) | | C10 | 壓力衣-C-右上肢(六個月) | |
| | C02 | 抽痰機(3年) | | C16 | 單相陽壓呼吸輔助器(5年) | | C11 | 壓力衣-D-左上肢(六個月) | |
| | C03 | 化痰機(3年) | | C06 | 氧氣製造機(5年) | | C12 | 壓力衣-E-腰臀大腿(六個月) | |
| | C05 | 血氧偵測儀(3年) | | C08 | 壓力衣-A-頭頸(六個月) | | C13 | 壓力衣-F-右下肢(六個月) | |
| | C07 | UPS 不斷電系統(3年) | | C09 | 壓力衣-B-肩胸腹背(六個月) | | C14 | 壓力衣-G-左下肢(六個月) | |
| | C15 | 矽膠片(六個月) | | ec02 | 診斷證明書費用(____元) | | ec03 | 醫療輔具評估報告費(____元) | |
| 衛生局 審核 | <input type="checkbox"/> 符合低收入戶補助金額 | | 萬 | 仟 | 佰 | 拾 | 元整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 符合中低收入戶補助金額 | | 萬 | 仟 | 佰 | 拾 | 元整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 符合非(中)低收入戶補助金額 | | 萬 | 仟 | 佰 | 拾 | 元整 | | |
| | <input type="checkbox"/> 不符合補助，原因： | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 其他，原因： | | | | | | | | |
| 承辦人員： | | | 單位主管： | | | | | | |
| 審核日期： | | | 年 | 月 | 日 | | | | |

文件黏貼處

申請人國民身分證影本
正面黏貼處

申請人國民身分證影本
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

受託人國民身分證影本
正面黏貼處

受託人國民身分證影本
背面黏貼處