新竹縣　鄉/鎮/市公所身心障礙者□生活□醫療輔助器具補助費申請表　104年1月28日修訂

身心障礙者姓名		身分證統一編號												
出生日期	民國（前）＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日		聯絡電話	(H) (O) (手機)										
障礙類別等級	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿障＿＿＿＿＿＿＿＿度 領有身障證明者填寫ICD診斷：													
戶籍地址	□□□--□□											經濟狀況	□一般戶 □中低收入戶 □低收入戶	
公文送達處所	□同戶籍地址□其他： 地址：													
申請輔具項目	1.項次＿＿＿＿項目＿＿＿＿＿＿＿＿　2.項次＿＿＿＿項目＿＿＿＿＿＿＿＿ 3.項次＿＿＿＿項目＿＿＿＿＿＿＿＿　4.項次＿＿＿＿項目＿＿＿＿＿＿＿＿													
申請資格	1. 設籍本縣，且領有本縣核(換、補)發或註記之身心障礙手冊或證明者。 2. 申請補助項目未獲政府其他醫療補助、社會保險給付或其他相同性質(輔具)補助者。 3. 其他：詳見內政部訂定之「身心障礙者輔具費用補助辦法」、「身心障礙者輔具費用補助基準表」及衛生福利部訂定之「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」、「醫療費用及醫療輔具補助標準表」等相關規定。													
應備文件	□1.低收入戶(中低收入戶)證明書正本(如非低收或中低收入戶者免附)。 □2.身心障礙手冊或證明正本及正反面影本（正本現場查驗後歸還）。 □3.印章（於簽章處蓋章） □4.三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本。(註明症狀及所須輔具名稱) □5.三個月內輔具評估報告書正本（申請人應自存影本1份以利購置輔具）。 □6.其他應附文件＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (4-6項係依申請項目檢附不同之文件，應備文件係依本辦法、基準表及其他相關規定)													
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年度以申請4項輔具補助為限（合併醫療輔具補助項次計算）**。「每人每2年度以申請4項輔具」計算基準舉例如下： (1) 某甲於101年申請1項，則102年可申請3項，103年則可申請1項。 (2) 某乙於101年申請4項，102年不可申請，103年則可申請4項。 2. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本縣將不予補助或停止補助，已補助者本縣將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 3. 社會處委託之輔具資源中心：(本縣身障福利大樓-同心樓：竹北市中山路220號，電話：5551102轉433)提供必須由輔具中心開立之輔具評估書之服務。 4. 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**。 **※本人（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（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。** **本人簽章：　　受託人簽章：** **申請日期:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日**													

審　核　結　果			
初審意見	□符合規定　□不符合規定：		
收件審核核章	承　辦　人	課　長/輔具中心組長	鄉鎮(市)長/輔具中心主任
審核結果	□符合規定　□不符合規定：		
縣政府/	承　辦　人	科　長	處　長/局　長

衛生局 核章			