

新竹縣身心障礙癱瘓者消耗性用品補助需求調查表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		身分證字號		出生年月日	
障礙類別		障礙等級		聯絡電話	
戶籍地址	新竹縣 鄉(鎮、市) 村里 路 鄰 巷 弄 號 樓				
居住地址 (物品送達處)	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 縣 鄉(鎮、市) 村里 路 鄰 巷 弄 號 樓				
聯絡人		電話	家用： 行動電話：		
申請項目	<input type="checkbox"/> 紙尿褲(片型) <input type="checkbox"/> 成人： <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> 小孩： <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> 紙尿褲(穿脫式) <input type="checkbox"/> 成人： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> 小孩： <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> 看護墊 <input type="checkbox"/> 紙尿片				
申請數量(每月)：紙尿褲(片型) _____片、紙尿褲(穿脫式) _____、紙尿片：_____、看護墊：_____片。					
應備申請文件					
<input type="checkbox"/> 全民健康保險特約醫院開立最近三個月內診斷證明書。(第一次申請經審查符合資格，以後年度申請免再檢附；但依規或重新鑑定換發身心障礙證明者應再檢附)					
<input type="checkbox"/> 其他相關證明文件：_____					
切結及同意書					
本人所填資料及所附文件均為真實無誤，如有故意隱匿或提供不實資料及違反相關法令之情事，除應返還補助物品或補助物品同等價金，並須負一切法律責任。					
立切結書人 (簽名蓋章)					
符合數量(每月)：紙尿褲(片型) _____片、紙尿褲(穿脫式) _____、紙尿片：_____、看護墊：_____片。					
承辦人		科長		單位主管	

申請項目說明：

1. 紙尿褲(片型)：

- (1)成人S-M：每月最高補助50片。
- (2)成人L-XL：每月最高補助40片。
- (3)成人XXL：每月最高補助35片。
- (4)小孩S-M：每月最高補助100片。
- (5)小孩L-XL：每月最高補助80片。
- (6)小孩XXL：每月最高補助60片。

2. 紙尿褲(穿脫式)：

- (1)成人M-L：每月最高補助40片。
- (2)成人XL-XXL：每月最高補助35片。
- (3)小孩M-L：每月最高補助70片。
- (4)小孩XL-XXL：每月最高補助50片。

3. 紙尿片：每月最高補助50片。

4. 看護墊：每月最高補助100片。

