

屏東縣政府身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請書

111年1月起適用

身心障礙者姓名		身分證 統一編號							
出生年月 日	民國(前) _____年____月____日 年齡: _____歲____個月(※依實際年齡填寫)	聯絡電話	(H)						
障礙類別等 級	第 _____類, BS碼 _____ <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	傳真電話	(O)						
戶籍地址	<input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____								
公文送達 處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他-地址: _____								
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶								
申請項目	<input type="checkbox"/> 醫療復健費用								
	<input type="checkbox"/> 醫療輔具 1. 申請人如因特殊狀況有先行購置或租賃醫療輔具需求者, 應填具下列專案申請理由欄, 並提供六個月內有效憑證(統一發票或收據)提出申請。 2. 是否達專案申請標準, 由縣府保留最後審決權。								
專案申請 理由(有 需求者始 填選)	<input type="checkbox"/> 出院返家照顧, 因病情需要使用醫療輔具, 亟需先行購置或租賃。 <input type="checkbox"/> 須全天候使用醫療輔具, 原有輔具已達使用年限惟損壞不堪使用且不得維修, 亟需先行購置或租賃。 <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請自行填寫原因)								
醫療復健 費用申請 項目(請 勾選)	申請本補助應檢附文件為全民健康保險特約醫院或評估單位之自付費用收據正本或 副本 <input type="checkbox"/> 1. 人工電子耳植入手術費用補助 <input type="checkbox"/> 2. 診斷證明書補助 <input type="checkbox"/> 3. 輔具評估報告補助								
下列第1-10項醫療輔具申請之診斷證明書或輔具評估報告書應由身心障礙者鑑定作業辦法附表一甲身體功能及構造之鑑定人員資格條件及鑑定方法與鑑定工具之第四類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能之專科醫師為之(神經科、耳鼻喉科、精神科、復健科曾參加心臟相關專業訓練或胸腔相關專業訓練或血液相關專業訓練之內科、外科、兒科專科醫師或參加重症相關專業訓練之兒科專科醫師並取得前述專業訓練機構之證明書字號之專科醫師)。									
醫療輔具 申請項目 (請勾選)	第一類：應檢附身心障礙鑑定醫院相關專科醫師所開立之診斷證明書								
	<input type="checkbox"/> 1. 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 2. 非蓄電式 抽痰機 <input type="checkbox"/> 3. 蓄電式(交直流兩用) 抽痰機 <input type="checkbox"/> 4. 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 5. 血氧偵測儀(血氧機)								
	※以上4項所出具之診斷證明書： 應由上列相關專科醫生 開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全致有本項需求。 <input type="checkbox"/> 16. 矽膠片 ※診斷證明書：應由皮膚科、臨床病理科、整形外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科、復健科之前列專科醫生開具，載明本項需求及需使用矽膠片之部位、面積。								
	第二類：應檢附身心障礙鑑定醫院醫師所開立之診斷證明書及醫療輔具評估報告。								
<input type="checkbox"/> 6. 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 8. 單相陽壓呼吸輔助器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 購買 <input type="checkbox"/> 9. 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 購買 備註：曾領有單相陽壓呼吸器補助者，於最低使用年限內，如需申請雙相陽壓呼吸器補助，應出具前列專科醫生開立之診斷證明書，並載明病情惡化與無法僅用單相陽壓呼吸器；另有雙相陽壓呼吸器補助者，於最低使用年限內，不得申請單相陽壓呼吸器。 ※(1)診斷證明書：應由上列之專科醫師開具，並載明有呼吸障礙或呼吸功能不全，致有本項需求。 (2)輔具評估報告：應由上列之專科醫師或呼吸治療師開具，並載明本項需求。									

	<input type="checkbox"/> 7. 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 購買 ※(1)診斷證明書：應由上列專科醫師開具並載明有神經肌肉損傷或弱化，造成自主咳嗽障礙或自主咳嗽不全，致有長期需要本項需求。 (2)輔具評估報告：應由上列專科醫師或呼吸治療師開具，並載明本項需求。 <input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-A 款項-頭部、頸部 <input type="checkbox"/> 12. 壓力衣-B 款項-肩部、胸部、腹部、背部 <input type="checkbox"/> 13. 壓力衣-C 款項-右上臂、右肘、右前臂 <input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-D 款項-右手、右腕 <input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-E 款項-左上臂、左肘、左前臂 <input type="checkbox"/> 16. 壓力衣-F 款項-左手、左腕 <input type="checkbox"/> 17. 壓力衣-G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿 <input type="checkbox"/> 18. 壓力衣-H 款項-右小腿 <input type="checkbox"/> 19. 壓力衣-I 款項-右踝、右足 <input type="checkbox"/> 20. 壓力衣-J 款項-左小腿 <input type="checkbox"/> 21. 壓力衣-K 款項-左踝、左足 ※(1)診斷證明書：須由皮膚科、臨床病理科、整形外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科、復健科之前列專科醫生開具，並載明本項需求。 (2)輔具評估報告：應由皮膚科、臨床病理科、整形外科、耳鼻喉科、口腔顎面外科、復健科之前列專科醫師、物理治療師或職能治療師開具，並載明本項需求。 第三類：檢附現居家照顧使用之醫療輔具照片乙張 <input type="checkbox"/> 8. UPS 不斷電系統								
申請者申請須知	1. 本補助以事前申請制為原則 ，申請案件通過認定以縣府核定函為準。 2. 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(合併身心障礙輔具補助項次計算) 。「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。 3. 申請人現持有之醫療輔具為輔具資源中心提供媒合者，應於再次申請同項輔具補助或無輔具使用需求時繳還。 4. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，將不予補助或停止補助，已補助者將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 5. 以上相關規定已詳盡閱讀，後續衍生相關爭議不得推諉不知。 <div style="text-align: right;">(蓋章處) <input style="width: 80px; height: 50px;" type="text"/></div> 身心障礙者(受託人)簽章： 申請日期：_____年_____月_____日								
初審意見及核章	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定 </td> <td style="padding: 5px;"> 1. <input type="checkbox"/> 退件，原因_____。 2. <input type="checkbox"/> 不退件，原因_____。 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定 </td> <td style="padding: 5px;"> 1. <input type="checkbox"/> 逕送縣府審查 2. <input type="checkbox"/> 逕送屏東縣輔具資源中心(申請人願意使用回收輔具，且經查詢屏東縣輔具中心現有該項輔具。) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">承 辦 人</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">主 管 機 關 首 長</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定	1. <input type="checkbox"/> 退件，原因_____。 2. <input type="checkbox"/> 不退件，原因_____。	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定	1. <input type="checkbox"/> 逕送縣府審查 2. <input type="checkbox"/> 逕送屏東縣輔具資源中心(申請人願意使用回收輔具，且經查詢屏東縣輔具中心現有該項輔具。)	承 辦 人	主 管 機 關 首 長		
<input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定	1. <input type="checkbox"/> 退件，原因_____。 2. <input type="checkbox"/> 不退件，原因_____。								
<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具作業要點規定	1. <input type="checkbox"/> 逕送縣府審查 2. <input type="checkbox"/> 逕送屏東縣輔具資源中心(申請人願意使用回收輔具，且經查詢屏東縣輔具中心現有該項輔具。)								
承 辦 人	主 管 機 關 首 長								
回收輔具媒合辦理結果	<input type="checkbox"/> 成功，輔具財產編號： <input type="checkbox"/> 不成功，原因_____，逕送縣府核定現金/實物(新)補助 ※若不需媒合案件此欄無需填寫 <div style="text-align: right;">屏東縣輔具資源中心圓戳章</div>								
備註									

屏東縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申辦委託書

本人（姓名）_____因_____，無法親自至貴單位辦理身心障礙者輔具補助之申請，特委託（姓名）_____代為申辦。如有不實，願負法律責任。

委託人

姓名：

*請務必蓋章

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

受委託人

姓名：

*請務必蓋章

與委託人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

受委託人身分證正面影本
如為機構請附立案證書

受委託人身分證正面影本
如為機構請附立案證書

※受委託人得為

(1)申請人親屬：請檢附足資證明親屬關係之證明文件。

(2)機構、村里長或其他公益單位：委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明身份之證明文件。

憑證黏貼處：

1. 申請醫療費用補助之全民健康保險特約醫院或評估單位之自付費用收據正本
2. 專案申請醫療輔具補助之購置或租賃醫療輔具六個月內有效發票、免用統一發票收據正本。

憑證 1 黏貼處(請浮貼)

憑證 2 黏貼處(請浮貼)
