

## 桃園市身心障礙者到宅鑑定申請書

申請人\_\_\_\_\_身分證字號\_\_\_\_\_

全癱無法自行下床因 需 24 小時使用呼吸器或維生設備 (請勾選)屬實，長期重度昏迷

無法自行前往鑑定醫院進行鑑定，請貴局協助指派鑑定醫院醫師及鑑定人員前往協助進行鑑定服務。

申請人 現居地址	_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____鄰_____路/街  _____段_____巷_____號 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱： 電話：		
代理人姓名		與個案關係	
代理人 聯絡地址	_____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____鄰_____路/街_____巷  _____號		
代理人 聯絡電話	(日):	(夜):	(行動電話):
公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同上  _____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____鄰_____路/街  _____段_____巷_____弄_____街_____號_____樓		
本次申請到宅鑑定類別(可複選)			
<input type="checkbox"/> 1. 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 5. 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 2. 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 6. 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 3. 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 7. 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 4. 循環造血免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 8. 皮膚與相關構造及其功能			
需檢具文件	一、3 個月內之診斷證明書。 (需含全癱、需 24 小時使用呼吸器或維生設備、長期重度昏迷其中之一敘述) 二、申請人 6 個月內與鑑定類別相關之病歷資料。 三、身心障礙鑑定表。		

申請日期： 年 月 日