

桃園市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請書

身障者姓名	蓋章	身分證統一編號	出生年月日	年 月 日
身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶(非低收入戶或中低收入戶) <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊第____款低收入戶 ※須符合社會救助法之規定。		身心障礙之類別及等級	第_____類，_____度
	身障者設籍桃園市且最近一年居住國內超過183日		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(不符資格)	
戶籍地址	桃園市_____區 _____里 _____路 _____段 _____弄 _____號 _____室 _____區 _____鄰 _____街 _____巷 _____街 _____樓		聯絡電話 (日)：_____ (夜)：_____ (行動電話)：_____	
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____		醫療復健費用申請項目	<input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 ※須檢附 <u>輔具評估報告</u> 。 <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用 ※以上皆需檢附醫院之 <u>自費收據</u>
醫療輔具申請項目	<input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 非蓄電式抽痰機 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 ※以上 <u>限居家自我照顧所需者</u> 申請，居住於機構者不符資格。 <input type="checkbox"/> 矽膠片 <input type="checkbox"/> 壓力衣(○A款 ○B款 ○C款 ○D款 ○E款 ○F款 ○G款 ○H款 ○I款 ○J款 ○K款)			
購買金額		購買日期	年 月 日 (先行購置者請填寫)	
申請須知	1. 以補助對象或其法定代理人為申請人。 ※申請人得填妥委託代理書由代理人代為辦理。(代理人為直系親屬且檢附身分證明文件者，可免填) 2. 身心障礙者輔具「醫療輔具項目」與「生活輔具項目」合併計算， <u>每2年補助4項</u> 為限。 3. 同一醫療輔具項目使用達最低使用年限後，若仍有需求可檢具文件後再次提出申請。 4. 補助對象已接受相關同項補助者，不得重複申請本補助。 5. 申請醫療輔具補助對象因特殊情況，有先行購置或租賃醫療輔具之必要者，應於先行購置或租賃後，檢附文件、資料及憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。 ※須於醫師診斷及評估後購買，若 <u>已先購買輔具再開立診斷書及輔具評估報告者，不予補助</u> 。先行購置或租賃醫療輔具者，須填寫下頁說明書，說明特殊情況。 6. 資料皆確實填寫無誤，所提供之影本資料皆與正本相符。 7. 所提供資料如有不實、以詐術或其他不正當方法申請或領取補助、限居家使用之輔具未確實於居家使用，將不予補助或停止補助外，已核發之款項須全數繳回，如涉及不法者，依法辦理，且應先放棄先訴抗辯權特具切結事實。 ※本人(申請人)已詳盡閱讀以上相關規定，不會衍生相關爭議或主張未充分告知。			
申請人簽名	蓋章	身分證統一編號	與身心障礙者關係	
洽辦單位：桃園市_____區公所		申請日期：_____年_____月_____日		

※以上資料申請人皆須填寫完全，填寫不完全者一律退件，請公所初審時詳細檢視。

檢具文件 請勾選 (✓)	<input type="checkbox"/> 1. 桃園市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請書【表 1】 <input type="checkbox"/> 2. 身障者及申請人之國民身分證正、反面影本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙證明正、反面影本 <input type="checkbox"/> 4. 三個月內診斷證明書正本(開立醫院及專科醫師須符合規定) <input type="checkbox"/> 5. 三個月內桃園市醫療輔具評估報告正本(開立醫院及專科醫師/評估人員須符合規定) ※申請氧氣製造機、咳嗽(痰)機、單相/雙相陽壓呼吸器及壓力衣者須檢附。 <input type="checkbox"/> 6. 符合社會救助法之低收入戶或中低收入戶者須檢附相關證明文件正本 <input type="checkbox"/> 7. 申請桃園市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助委託代理書【表 2】 ※已購置或租賃者，另須檢具下列文件： <input type="checkbox"/> 8. 身心障礙者金融機構存款簿影本(須有金融機構名稱、戶名及帳號) <input type="checkbox"/> 9. 桃園市政府衛生局所得請款領據【表 3】 <input type="checkbox"/> 10. 統一發票或收據正本(買受人、品名、單價、數量及金額須詳填；於國外購置輔具者，應附足以證明支付事實之電子憑證，加註說明並簽名) <input type="checkbox"/> 11. 購置者檢附輔具供應商出具之醫療輔具保固書影本，載明產品規格或功能、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號；於國外購置輔具者，上述保固書內容應譯註中文並簽名。 <input type="checkbox"/> 12. 租賃者檢附輔具供應商出具之醫療輔具租賃契約書影本，載明規格或功能、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。 ※咳嗽(痰)機、單相陽壓呼吸器、雙相陽壓呼吸器得以租賃方式為之。 <input type="checkbox"/> 13. 衛生福利部准許醫療輔具輸入之證明文件(若為國外購機者，需檢附) ※以上所提供之影本資料，須與正本相符。				
區公所 初審意見 及核章	<input type="checkbox"/> 符合本市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助標準規定轉陳市府核予補助新臺幣_____元		<input type="checkbox"/> 不符合本市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助標準規定之原因：		
	承辦人	課長/主任		區長	
衛生局 複審結果 及核章	<input type="checkbox"/> 符合本市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助標準規定轉陳市府核予補助新臺幣_____元		<input type="checkbox"/> 不符合本市身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助標準規定之原因：		
	承辦人	股長	技正/秘書	科長	機關首長
說明書 (先行購置者須填寫)					
本人(申請人)_____為身心障礙者姓名：_____ (關係：_____)申請醫療輔具補助，依據身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法第8條第2項：「申請醫療輔具補助對象因特殊情況，有先行購置或租賃醫療輔具之必要者，應於先行購置或租賃後，檢附文件、資料及憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。」，其身障者於_____年_____月_____日_____醫院開立診斷證明書，因_____，故於_____年_____月_____日購買輔具後，檢具文件、資料及憑證於_____年_____月_____日至_____區公所補辦申請。					
申請人(簽章)：_____ 					
聯絡電話：_____					
聯絡住址：_____					