

桃園市身心障礙者醫療輔具到宅評估申請書

申請人(身心障礙者) _____ 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，無法自行前往醫院進行醫療輔具評估，

長期重度昏迷

請貴局協助指派評估人員前往協助進行醫療輔具評估服務。本次申請醫療輔具到宅評估類別為

氧氣製造機

咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine)

單相陽壓呼吸器(C-PAP : Continuous Positive Airway Pressure)

雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP : Bilevel Positive Airway Pressure)

壓力衣 _____ 款

矽膠片

申請人 現居地址	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 醫療機構名稱： 電話：						
	市 區	里 鄰	路 街	段 巷	弄 街	號 樓	室
代理人姓名				與個案關係			
代理人 聯絡地址	市 區	里 鄰	路 街	段 巷	弄 街	號 樓	室
代理人 聯絡電話	(日): (夜): (行動電話):						
公文寄送地址	<input type="checkbox"/> 同申請人現居地址			<input type="checkbox"/> 同代理人聯絡地址			
	<input type="checkbox"/> 其他：						
需檢具文件	一、身心障礙證明正、反面影本 1 份。 二、3 個月內之診斷證明書 1 份。 (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) 三、申請人 6 個月內病歷資料 1 份 (供執行到宅評估之醫師參考)。 四、桃園市身心障礙者醫療輔具到宅評估申請書【表 1】1 份。						

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日