

桃園市身心障礙者到宅鑑定申請書

申請人 王大明 身分證字號 A123456789

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	<u>桃園</u> 縣/市 <u>桃園</u> 鄉/鎮/市/區 <u>中正</u> 村/里 <u>1</u> 鄰 <u>桃園</u> <u>路</u> /街 <u>1</u> 段 <u>25</u> 巷 <u>12</u> 號 <input type="checkbox"/> 住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 醫療機構名稱：桃園市養護中心 電話：03-4555566		
代理人姓名	<u>王小美</u>	與個案關係	<u>父女</u>
代理人 聯絡地址	<u>桃園</u> 縣/市 <u>中壢</u> 鄉/鎮/市/區 <u>普忠</u> 村/里 <u>1</u> 鄰 <u>普忠</u> <u>路</u> /街 <u>25</u> <u>巷</u> <u>12</u> 號		
代理人 聯絡電話	(日):03-3699123 (夜): (行動電話):0911-222333		
公文寄送地址	<input checked="" 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 checked="" 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 個月內與鑑定相關之病歷資料。 三、身心障礙鑑定表。		