

照顧負荷狀況	☐ 1. 家中尚有其他 35 歲以上身心障礙者， 位 ☐ 2. 家中尚有其他 35 歲以下身心障礙者， ____位 ☐ 3. 家中尚有 65 歲以上老人（非身心障礙者） ☐ 4. 家中無其他身心障礙者
致障原因	☐ 先天（出生即有） ☐ 疾病 ☐ 意外 ☐ 交通事故 ☐ 職業傷害 ☐ 其他
致障時間	民國_____年

二、聯絡人

姓名			出生日期	年 月 日
關係	☐ 父子/女 ☐ 母子/女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 配偶 ☐ 親戚（稱謂：____） ☐ 安置機構人員 ☐ 其他（請說明：____）			
性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他			
聯絡資訊 ☐ 同申請人	聯絡電話			
	居住地址	□□□ 縣 鄉鎮 村 市 市區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓		

三、主要照顧者【☐同聯絡人，以下免填】

姓名			出生日期	年 月 日
性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他			
關係	☐ 父子/女 ☐ 母子/女 ☐ 兄弟姊妹 ☐ 配偶 ☐ 親戚（稱謂：____） ☐ 其他			
聯絡資訊 ☐ 同申請人	聯絡電話			
	居住地址	□□□ 縣 鄉鎮 村 市 市區 里 鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓		

四、本次鑑定障礙類別

新增鑑定 現制障礙類別	☐第1類神經系統構造及精神、心智功能 ☐第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 ☐第3類涉及聲音與言語構造及其功能 ☐第4類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能(心臟、血管或呼吸器官) ☐第5類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能(吞嚥、胃、腸道或肝臟) ☐第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿) ☐第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 ☐第8類皮膚與相關構造及其功能
重新鑑定 現制障礙類別	☐第1類神經系統構造及精神、心智功能 ☐第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 ☐第3類涉及聲音與言語構造及其功能 ☐第4類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能(心臟、血管或呼吸器官) ☐第5類消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能(吞嚥、胃、腸道或肝臟) ☐第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿) ☐第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 ☐第8類皮膚與相關構造及其功能

五、鑑定及需求評估環境

鑑定場所	☐ 機構（醫院）內鑑定 ☐ 機構（醫院）外鑑定（須另檢附診斷證明書）
需求評估	☐ 非併同辦理（ ☐ 住居所 ☐ 安置機構 ☐ 工作場所 ☐ 其他：_____） ☐ 併同辦理（醫院名稱：_____；醫院所在地：_____縣/市）
場所 備註：	選擇併同辦理鑑定方式，必須配合指定醫院的門診時間與診次，不得指定醫師

六、福利服務申請項目

☐無申請需求

☐有申請需求（請續勾選下列項目）

☐1. 身心障礙者專用停車位識別證

☐2. 搭乘國內大眾運輸工具必要陪伴者優惠

☐3. 進入公、民營風景區、康樂場所或文教設施必要陪伴者優惠

☐4. 身心障礙者經濟補助（請續就以下項目勾選）

☐生活補助費 ☐日間照顧費用補助 ☐住宿式照顧費用補助 ☐醫療費用補助

☐居家照顧費用補助 ☐輔具費用補助 ☐房屋租金補助 ☐購屋貸款利息補貼

☐購買停車位貸款利息補貼 ☐承租停車位補助

5. 身心障礙者個人照顧服務及 6. 身心障礙者家庭照顧者服務

申請人(監護人)簽章：

填表日期： 年 月 日

2. 取得身心障礙證明後，健保費及勞、工、軍、農保等保險費將依身障等級直接減免，無須提出申請；但若申請人評估將對於就業或其他領域會有不利影響時，可向戶籍所在地縣市政府申請保險費補助方式變更（不列入媒體交換）。

委託人（即申請人）：

【簽章】 已瞭解並將申請身心障礙鑑定相關事

宜，委託（授權）受委託人（身分證統一編號：_____）：

備註：依據身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法第3條規定，委託他人代為申請者，應另附本委託書及受委託人之身分證明文件。