

金門縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助核銷申請書

鄉（鎮市區）：

申請日期： 年 月 日

身心障礙者姓名	身分證統一編號	身心障礙類別	身心障礙等級
出生年月日	申請人簽名或蓋章	與身心障礙者關係	
聯絡電話 行動電話	年 齡	歲 個月 ※ 依實際年齡計算	
戶籍地址	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		
福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 請勾選（√）		
核定輔具補助項目請勾選（√）	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 1. 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 2. 抽痰機 <input type="checkbox"/> 3. 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 4. 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 5. 單相陽壓呼吸輔助器 <input type="checkbox"/> 6. 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 7. 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 8. UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 9. 壓力衣-A款-頭頸 <input type="checkbox"/> 10. 壓力衣-A款-頭頸 </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-C款-右上肢 <input type="checkbox"/> 12. 壓力衣-D款-左上肢 <input type="checkbox"/> 13. 壓力衣-E款-腰臀大腿 <input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-F款-右下肢 <input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-G款-左下肢 <input type="checkbox"/> 16. 矽膠片 <input type="checkbox"/> 17. 人工電子耳植入手術費用 <input type="checkbox"/> 18. 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 19. 開具醫療輔具評估報告費用 <input type="checkbox"/> </div> </div>		
切結書	<p>茲具結 _____ (身障者姓名) 確實已購買本府核定補助之輔助器具，並已在使用中，如有不實、轉售或租借他人使用，願負一切法律責任，並無條件繳回補助款，特立切結書為憑。</p> <p>立切結書人： _____ 身分證字號： _____ 蓋章： _____</p> <p style="text-align: right;">中 華 民 國 年 月 日</p>		
申請人金融機構資料	銀行或郵局行(局)號名稱	銀行或郵局行(局)號	銀行或郵局帳號
衛生單位審核意見及核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者復健醫療費用及醫療輔助器具補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者復健醫療費用及醫療輔助器具補助標準規定不予補助		
	承 辦 人	課 長	局 長
複審結果及核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者復健醫療費用及醫療輔助器具補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者復健醫療費用及醫療輔助器具補助標準規定不予補助		
	承 辦 人	科 長	處 長
備註			