

金門縣縣民遭受意外傷害濟助 傷害等級認定表

姓名：_____ 出生年月日：_____ 身分證字號：_____ 地址：_____

鄉鎮別：_____ 承辦人：_____ (簽章)

等級	項別	傷 害 程 度
第一級	一	<input type="checkbox"/> 雙目失明者 (註 1)
	二	<input type="checkbox"/> 兩手腕關節缺失或兩足踝關節缺失者。
	三	<input type="checkbox"/> 一手腕關節及一足踝關節缺失者。
	四	<input type="checkbox"/> 一目失明及一手腕關節缺失或一目失明及一足踝關節缺失者。
	五	<input type="checkbox"/> 永久喪失言語 (註 2) 或咀嚼 (註 3) 機能者。
	六	<input type="checkbox"/> 四肢機能永久完全喪失者。
	七	<input type="checkbox"/> 中樞神經系統機能或胸、腹部臟器機能極度障害，終身不能從事任何工作，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者。(註 4)
第二級	八	<input type="checkbox"/> 兩上肢、或兩下肢、或一上肢及一下肢，各有三大關節中之兩關節以上機能永久完全喪失者。(註 5)
	九	<input type="checkbox"/> 十手指缺失者。(註 6)
第三級	十	<input type="checkbox"/> 一上肢腕關節以上缺失或一上肢三大關節全部機能永久完全喪失者。
	十一	<input type="checkbox"/> 一下肢腕關節以上缺失或一下肢三大關節全部機能永久完全喪失者。
	十二	<input type="checkbox"/> 十手指機能永久完全喪失者。(註 7)
	十三	<input type="checkbox"/> 十足趾缺失者。(註 8)
第四級	十四	<input type="checkbox"/> 兩耳聽力永久完全喪失者。(註 9)
	十五	<input type="checkbox"/> 一目視力永久完全喪失者。
	十六	<input type="checkbox"/> 脊柱永久遺留顯著運動障礙者。(註 10)
	十七	<input type="checkbox"/> 一上肢三大關節中之一關節或二關節之機能永久完全喪失者。
	十八	<input type="checkbox"/> 一下肢三大關節中之一關節或二關節之機能永久完全喪失者。
	十九	<input type="checkbox"/> 一下肢永久縮短五公分以上者。
	二十	<input type="checkbox"/> 一手含拇指及食指有四手指以上之缺失者。
	廿一	<input type="checkbox"/> 十足趾機能永久完全喪失者。
	廿二	<input type="checkbox"/> 一足五趾缺失者。
	第五級	廿三
廿四		<input type="checkbox"/> 一手含拇指及食指有三手指以上之機能永久完全喪失者。
廿五		<input type="checkbox"/> 一足五趾機能永久完全喪失者。
廿六		<input type="checkbox"/> 鼻缺損，且機能永久遺留顯著障礙者。(註 11)
第六級	廿七	<input type="checkbox"/> 一手拇指或食指缺失，或中指、無名指、小指中有二手指以上缺失者。
	廿八	<input type="checkbox"/> 一手拇指及食指機能永久完全喪失者。(註 12)
備註	所謂機能永久完全喪失係指自傷害之日起經六個月的治療以後其機能仍完全喪失者。	

鑑定結果： 不符合規定 符合第 _____ 級 第 _____ 項規定

鑑定單位：

鑑定日期：

鑑定人員：