

金門縣身心障礙者生活及醫療輔具補助申請書

金沙鎮：

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	年 月 日	代申請人簽名或蓋章		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	□□□-□□						
聯絡地址	□同戶籍地址 □□□-□□						
在學情形	<input type="checkbox"/> 非在學學生 <input type="checkbox"/> 在學學生，檢附學生證影本或在學證明。請勾選(√)						
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(√)						
申請人所需輔具勾選(√)	生活輔具： <input type="checkbox"/> 1.推車A款 <input type="checkbox"/> 2.推車B款 <input type="checkbox"/> 3.輪椅A款(非輕量化量產型) <input type="checkbox"/> 4.輪椅B款(輕量化量產型) <input type="checkbox"/> 5.※輪椅C款(量身訂製型) <input type="checkbox"/> 6.輪椅附加功能A款(具利於移位功能) <input type="checkbox"/> 7.輪椅附加功能B款(具仰躺功能) <input type="checkbox"/> 8.輪椅附加功能C款(具空中傾倒功能) <input type="checkbox"/> 9.※高活動型輪椅 <input type="checkbox"/> 10.※電動輪椅 <input type="checkbox"/> 11.※電動輪椅配件A款(加裝沙發型座椅) <input type="checkbox"/> 12.※電動輪椅配件B款(加裝擺位型座椅) <input type="checkbox"/> 13.※電動輪椅配件C款(加裝電動變換姿勢功能) <input type="checkbox"/> 14.※電動輪椅配件D款(使用非比例式控制器) <input type="checkbox"/> 15.電動輪椅電池-五十安培小時(含)以上 <input type="checkbox"/> 16.電動輪椅電池-五十安培小時以下 <input type="checkbox"/> 17.※擺位系統A款(平面型輪椅背靠) <input type="checkbox"/> 18.※擺位系統B款(曲面適形輪椅背靠) <input type="checkbox"/> 19.※擺位系統C款(輪椅軀幹側支撐架) <input type="checkbox"/> 20.※擺位系統D款(輪椅頭靠系統) <input type="checkbox"/> 21.※電動代步車 <input type="checkbox"/> 22.特製機車A款(加裝輔助後輪特製車) <input type="checkbox"/> 23.特製機車B款(改裝輪椅直上式特製車) <input type="checkbox"/> 24.機車改裝A款(裝置輔助輪) <input type="checkbox"/> 25.機車改裝B款(裝設輪椅直上裝置) <input type="checkbox"/> 26.機車改裝C款(裝設倒退輔助器) <input type="checkbox"/> 27.汽車改裝-油門煞車連桿 <input type="checkbox"/> 28.單支拐杖-不鏽鋼 ()單()雙 <input type="checkbox"/> 29.單支拐杖-鋁製 ()單()雙 <input type="checkbox"/> 30.助行器 <input type="checkbox"/> 31.帶輪型助步車(助行椅) <input type="checkbox"/> 32.姿勢控制型助行器 <input type="checkbox"/> 33.軀幹前臂支撐型步態訓練器 <input type="checkbox"/> 34.※移位腰帶 <input type="checkbox"/> 35.※移位轉盤 <input type="checkbox"/> 36.※移位板 <input type="checkbox"/> 37.※人力移位吊帶 <input type="checkbox"/> 38.※移位滑墊A款 <input type="checkbox"/> 39.※移位滑墊B款 <input type="checkbox"/> 40.移位機 <input type="checkbox"/> 41.移位機吊帶 <input type="checkbox"/> 42.視障用白手杖 <input type="checkbox"/> 43.收錄音機或隨身聽A款(一般型) <input type="checkbox"/> 44.收錄音機或隨身聽B款(數位型) <input type="checkbox"/> 45.視障用點字手錶 <input type="checkbox"/> 46.視障用語音報時器 <input type="checkbox"/> 47.☆特製眼鏡 <input type="checkbox"/> 48.☆包覆式濾光眼鏡 <input type="checkbox"/> 49.☆手持望遠鏡 <input type="checkbox"/> 50.☆放大鏡 <input type="checkbox"/> 51.點字板 <input type="checkbox"/> 52.※點字機(打字機)			生活輔具： <input type="checkbox"/> 53.※點字觸摸顯示器A款 <input type="checkbox"/> 54.※點字觸摸顯示器B款 <input type="checkbox"/> 55.※可攜式擴視機A款 <input type="checkbox"/> 56.※可攜式擴視機B款 <input type="checkbox"/> 57.※桌上型擴視機A款 <input type="checkbox"/> 58.※桌上型擴視機B款 <input type="checkbox"/> 59.※視障用螢幕報讀軟體A款 <input type="checkbox"/> 60.※視障用螢幕報讀軟體B款 <input type="checkbox"/> 61.※視障用螢幕報讀軟體C款 <input type="checkbox"/> 62.※視障用視訊放大軟體 <input type="checkbox"/> 63.※語音手機 <input type="checkbox"/> 64.傳真機 <input type="checkbox"/> 65.行動電話機A款 <input type="checkbox"/> 66.※行動電話機B款 <input type="checkbox"/> 67.※影像電話機 <input type="checkbox"/> 68.助聽器-A款(口袋型)()左()右 <input type="checkbox"/> 69.助聽器-B款(類比式或手調數位式)()左()右 <input type="checkbox"/> 70.助聽器-C款(數位式)()左()右 <input type="checkbox"/> 71.居家無障礙設施-電話擴音器 <input type="checkbox"/> 72.居家無障礙設施-電話閃光震動器 <input type="checkbox"/> 73.居家無障礙設施-門鈴閃光器 <input type="checkbox"/> 74.居家無障礙設施-無線震動警示器 <input type="checkbox"/> 75.居家無障礙設施-火警閃光警示器 <input type="checkbox"/> 76.※個人衛星定位器 <input type="checkbox"/> 77.人工講話器-一般型 <input type="checkbox"/> 78.※人工講話器-電子型(電動式) <input type="checkbox"/> 79.-84.溝通輔具A款-E款 ()款 <input type="checkbox"/> 85.電腦輔具-網路攝影機 <input type="checkbox"/> 86.-90.※電腦輔具-A款-E款 ()款 <input type="checkbox"/> 91.溝通或電腦輔具用支撐固定器 <input type="checkbox"/> 92.語音血壓計 <input type="checkbox"/> 93.-95.站立架()直立式()前臥式()後仰式 <input type="checkbox"/> 96.-102.※輪椅座墊A款-G款 ()款 <input type="checkbox"/> 103.氣墊床A款 <input type="checkbox"/> 104.氣墊床B款 <input type="checkbox"/> 105.居家用照顧床 <input type="checkbox"/> 106.居家用照顧床-附加功能A款(床面升降功能) <input type="checkbox"/> 107.居家用照顧床-附加功能B款(電動升降功能) <input type="checkbox"/> 108.-110.擺位椅-A款-C款 ()款 <input type="checkbox"/> 111.升降桌 <input type="checkbox"/> 112.※爬梯機 <input type="checkbox"/> 113.-133.※居家無障礙設施 ()項 <input type="checkbox"/> 134.頭護具 <input type="checkbox"/> 135.馬桶增高器、便盆椅或沐浴椅 <input type="checkbox"/> 136.語音體溫計 <input type="checkbox"/> 137.語音體重計 <input type="checkbox"/> 138.衣著用輔具 <input type="checkbox"/> 139.飲食用輔具			

申請人 所需輔具 請勾選 (<input checked="" type="checkbox"/>)	生活輔具： <input type="checkbox"/> 140. 居家用生活輔具 <input type="checkbox"/> 141. 部分手義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 142. 部分足義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 143. 美觀手套 <input type="checkbox"/> 144. 義肢腳掌組 ()左()右 <input type="checkbox"/> 145. 腕離斷或肘下義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 146. 踝離斷或膝下義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 147. 肘離斷或肘上義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 148. 膝離斷或膝上義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 149. 肩關節離斷或肩胛骨離斷義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 150. 髖離斷或半骨盆切除義肢 ()左()右 <input type="checkbox"/> 151. 踝足矯具(踝足支架) ()左()右 <input type="checkbox"/> 152. 膝踝足矯具(膝踝足支架) ()左()右 <input type="checkbox"/> 153. 髖膝踝足矯具(髖膝踝足支架) ()左()右 <input type="checkbox"/> 154. 支架鞋具 <input type="checkbox"/> 155. 肘部或膝部副木 ()左()右 <input type="checkbox"/> 156. 髖矯具	生活輔具： <input type="checkbox"/> 157. 脊柱矯具-支持性背架 A 款 <input type="checkbox"/> 158. 脊柱矯具-支持性背架 B 款 <input type="checkbox"/> 159. 脊柱矯具-脊柱側彎矯正背架 <input type="checkbox"/> 160. 量身訂製之特製鞋 A 款-單側開檔 <input type="checkbox"/> 161. 量身訂製之特製鞋 B 款-雙側開檔 <input type="checkbox"/> 162. ◎透明壓力面膜 <input type="checkbox"/> 163. ◎假髮 <input type="checkbox"/> 164. ◎義眼 ()左()右 <input type="checkbox"/> 165. ◎義鼻 ()左()右 <input type="checkbox"/> 166. ◎義耳 ()左()右 <input type="checkbox"/> 167. ◎義顎 <input type="checkbox"/> 168. ◎混和義臉-人造額片 <input type="checkbox"/> 169. ◎混和義臉-人造頰片 ()左()右 <input type="checkbox"/> 170. ◎混和義臉-人造眼窩 ()左()右 <input type="checkbox"/> 171. 人工電子耳 <input type="checkbox"/> 172. 人工電子耳語言處理設備更新 <input type="checkbox"/> 其他：	
	醫療輔具： <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(C-PAP) <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-肩胸腹背	醫療輔具： <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"/> 其他：	
初審意見 及 核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定： <input type="checkbox"/> 輔具不需評估報告書—逕送本府審查 <input type="checkbox"/> 輔具需評估已完成評估—逕送本府審查 <input type="checkbox"/> 輔具需評估未完成評估—轉介評估單位 <input type="checkbox"/> 申請人不清楚確切輔具需求—轉介評估單位 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定： <input type="checkbox"/> 退件 <input type="checkbox"/> 專簽：不符合補助規定，但有輔具需求者—轉介本縣輔具資源中心 <input type="checkbox"/> 其他說明：		
	承辦人(鄉鎮/輔具中心)	課長/輔具中心督導或主任	鄉鎮長/輔具中心負責人
複審結果 及 核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定核予補助 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者生活輔助器具補助標準規定不予補助		
	承辦人	科長	處長
備註			

1. ◎需相關醫師診斷證明書
2. 網底灰色部分需身心障礙鑑定醫院醫師診斷書及相關專業治療師出具輔具評估基準表或經本縣輔具資源中心輔具評估人員開立輔具評估基準表。
3. 網底灰色加※部分由本縣輔具資源中心輔具評估人員開立輔具評估基準表。
4. 網底灰色加☆部分需醫生診斷證明書或經本縣輔具資源中心輔具評估人員開立輔具評估基準表。
5. 網底灰色加#部分需醫生診斷證明書及本縣輔具資源中心輔具評估人員開立輔具評估基準表。
6. 網底灰色加◎部分需相關專科醫生診斷證明書及相關專科醫師或治療師開立醫療輔具評估報告。