# 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　112年1月1日更新

鄉（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 | 申請人簽名或蓋章 | | 與身心障礙者關係 | | | |
| 聯絡電話<br>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<br>□□□－□□ | | | | | | |
| 公文寄送地址 | □同戶籍地址□同聯絡地址<br>□□□－□□ | | | | | | |
| 福利別 | □一般戶　□中低收入戶　□低收入戶　**請勾選（∨）** | | | | | | |

| 核定輔具補助項目<br>**請勾選（∨）** | |
|---|---|
| **醫療復健費用：**<br>□ 1.人工電子耳植入手術費用<br>□ 2.開具診斷證明書費用<br>□ 3.開具醫療輔具評估報告費用<br>**醫療輔具：**<br>□ 1.電動拍痰器<br>□ 2.非蓄電式抽痰機<br>□ 3.蓄電式(交直流兩用)抽痰機<br>□ 4.化痰機(噴霧器)<br>□ 5.血氧偵測儀(血氧機)<br>□ 6.氧氣製造機<br>□ 7.咳嗽(痰)機<br>□ 8.單相陽壓呼吸器(C-PAP)<br>□ 9.雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) | □ 10. UPS不斷電系統<br>□ 11.壓力衣-A款項-頭部、頸部<br>□ 12.壓力衣-B款項肩部、胸部、腹部、背部<br>□ 13.壓力衣-C款項右上臂、右肘、右前臂<br>□ 14.壓力衣-D款項-右手、右腕<br>□ 15.壓力衣-E款項-左上臂、左肘、左前臂<br>□ 16.壓力衣-F款項-左手、左腕<br>□ 17.壓力衣-G款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿<br>□ 18.壓力衣-H款項-右小腿<br>□ 19.壓力衣-I款項-右踝、右足<br>□ 20.壓力衣-J款項-左小腿<br>□ 21.壓力衣-K款項-左踝、左足<br>□ 22.矽膠片 |

**切結書**

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。

立切結書人：　　身分證字號：　　蓋章：

中　華　民　國　　年　　月　　日

| 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**鄉鎮公所或輔具中心審核結果**

□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

□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(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 |
|---|---|---|
| | | |