

# 花蓮縣 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

申請日期：      年      月      日

申請人	(簽章)	性別		出生年月日	年    月    日
身分證字號		電話		手機	
戶籍地址					
通訊地址					
身分查證	身分證明(身分證或戶口名簿) 查核無誤： <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否				
身心障礙類別		ICD 診斷			
經濟別	<input type="checkbox"/> 低收入戶(1倍以下)、 <input type="checkbox"/> 中低收入(1至1.5倍)、 <input type="checkbox"/> 一般戶(逾1.5倍)				
欲申請 輔具補 助項目 請勾選 (✓)	輔具項目	應附文件	輔具項目	應附文件	
	<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. 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 5. 矽膠片	診斷證明書	<input type="checkbox"/> 6. 雙相陽壓呼吸輔助器 <input type="checkbox"/> 7. 單相陽壓呼吸器 <input type="checkbox"/> 8. 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 9. 壓力衣-A款-頭頸 <input type="checkbox"/> 10. 壓力衣-B款-肩胸腹背 <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	診斷證明書 評估報告書	
	<input type="checkbox"/> 16. UPS 不斷電系統(需使用上列 1. 2. 3. 4. 6. 7. 8 非電池式醫療輔具始得申請) <input type="checkbox"/> 17. 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 18. 開具醫療輔具評估報告費 <input type="checkbox"/> 19. 人工電子耳植入手術費(生活輔具評估報告書)				
公    所 初審結果	<input type="checkbox"/> 經核_____項符合規定，擬請准予補助。 <input type="checkbox"/> 經核_____項未符合規定，不予補助。原因： <input type="checkbox"/> 經核_____項未符合規定，暫不予補助，予退回待補件。退回日期： <input type="checkbox"/> 補件後，經核_____項符合規定，擬請准予補助。送件日期：				
	承辦人	課長	秘書	鄉(鎮、市)長	
衛 生 局 審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 經核_____項符合規定，擬請准予補助。 <input type="checkbox"/> 經核_____項未符合規定，不予補助。原因：				
	1.		2.		
	3.		4.		
	5.		6.		
	承辦人	科長	局長	縣長	