

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請表

114年6月修

身障者姓名		身分證字號		聯絡電話	
出生年月日	年 月 日	障礙類別	第_____類	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶				
戶籍地址	□□□-□□□				
公文送達通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他 □□□ _____				
受託人姓名		與身障者關係		聯絡電話	
申請項目	醫療輔具：(請勾選) <input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 非蓄電式抽痰機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器 <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 <input type="checkbox"/> UPS不斷電系統 <input type="checkbox"/> 矽膠片 壓力衣： <input type="checkbox"/> A款-頭頸 <input type="checkbox"/> B款-肩胸腹背 <input type="checkbox"/> C款-右(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> D款-右(手、腕) <input type="checkbox"/> E款-左(上臂、肘、前臂) <input type="checkbox"/> F款-左(手、腕) <input type="checkbox"/> G款-腰臀、左大腿、右大腿 <input type="checkbox"/> H款-右小腿 <input type="checkbox"/> I款-右(踝、足) <input type="checkbox"/> J款-左小腿 <input type="checkbox"/> K款-左(踝、足)				
	醫療費用： <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告費用				
應備文件	<input type="checkbox"/> 1.身心障礙證明影本、身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2.低收入戶證明、中低收入戶證明影本。(符合資格者需檢附中、低收入戶證明) <input type="checkbox"/> 3.三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本。(開立醫院及專科醫師須符合規定) <input type="checkbox"/> 4.三個月內醫療輔具評估報告正本。(申請雙相陽壓呼吸器、單相陽壓呼吸器、氧氣製造機、咳嗽(痰)機、壓力衣、矽膠片需檢附) <input type="checkbox"/> 5.委託書(檢附委託人及受託人身分證正反影本並簽章)。 <input type="checkbox"/> 6.醫療收據正本。(申請開具診斷證明書費用、開具醫療輔具評估報告費用需檢附) <input type="checkbox"/> 7.申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之收案對象者，另檢附居家訪視紀錄單及護理紀錄				
注意事項	1.身心障礙者輔具「醫療輔具項目」與「生活輔具項目」合併計算，每2年補助4項為限。 2.身心障礙者最近1年居住國內超過183日，限居家自我照顧使用，非醫院或養護機構使用。 3.未提出申請補助前不得先行購置輔具，除特殊情況。須於醫師診斷及評估後購買，若已先購買輔具再開立診斷書及輔具評估報告者，不予補助。先行購置或租賃醫療輔具者，須填寫下頁說明書，說明特殊情況。 4.醫療輔具應於核定日起6個月內核銷完畢，逾期視同放棄。 ※本人(受託人)已詳盡閱讀以上相關規定，所提供資料如有不實、以詐術或其他不正當方法申請或領取補助、限居家使用之輔具未確實於居家使用，將不予補助或停止補助外，已核發之款項須全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。				
	本人(受託人)簽章 _____			申請日期：_____年 月 日	
審核結果	公所初審結果	<input type="checkbox"/> 應備文件齊全有塗改處已蓋私章，經核_____項符合規定，公所收件日期：_____年 月 日			
	衛生局審查結果	承辦人	單位主管	鄉鎮市長	
		<input type="checkbox"/> 經核_____項符合規定，准予補助 <input type="checkbox"/> 不符合規定，原因：			
		承辦人	單位主管	單位首長	

備註：

1. 醫療輔具評估需由身心障礙鑑定醫院開立，花蓮縣共 7 間身心障礙鑑定醫院。
2. 診斷證明書應由專科醫師開立(如胸腔科、心臟科、神經科、精神科、耳鼻喉科、復健科、兒重症專科醫師、小兒科專科醫師等)，非家醫科、一般內科、一般外科醫師開立，診斷證明書醫囑註明居家照顧使用、醫療輔具名稱及出院日期。
3. 醫療輔具評估報告書依輔具申請項目得由專科醫師或呼吸治療師、物理治療師、職能治療師開立。
4. 申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之收案對象者，醫療輔具編碼 1 至 5 項【電動拍痰器、非蓄電式抽痰機、蓄電式(交直流兩用)抽痰機、化痰機(噴霧器)、血氧偵測儀(血氧機)】之診斷證明書，得由該計畫之訪視醫師開具，並檢附該計畫之居家訪視紀錄單；居家訪視紀錄單應載明訪視單位及訪視醫師之簽章。
5. 醫療輔具編碼 7 至 9 項【咳嗽(痰)機、單相陽壓呼吸器、雙相陽壓呼吸器】得以租賃方式為之，其他輔具僅限於購買。
6. 補助對象已接受衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署或其他相關同項補助者(如罕見疾病醫療補助專案、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫等)，不得重複申請本表之補助項目。

說明：

申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具之補助年限，每人每 2 年度以申請 4 項輔具補助為限。

(合併生活輔具計算，不包含診斷證明書費及醫療輔具評估報告書費) 計算基準舉例如下：

- (1) 某甲於 110 年申請 1 項，則 111 年可申請 3 項，112 年則可申請 1 項。
- (2) 某乙於 110 年申請 4 項，111 年不可申請，112 年則可申請 4 項。

◎以上依據衛生福利部訂定之「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」、「醫療復健費用及醫療輔具補助標準」及其他相關規定，相關資訊請上官網花蓮縣長期照顧管理中心參考，路徑為輔具專區－身心障礙醫療輔具及醫療費用補助

(網址：<https://long-term.hlshb.gov.tw/physical?blog=74>) 或掃描 Qr code



說明書（先行購置者須填寫）

本人（身心障礙者）_____申請醫療輔具補助，依據身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法第 8 條第 2 項：「申請醫療輔具補助對象因特殊情況，有先行購置或租賃醫療輔具之必要者，應於先行購置或租賃後，檢附文件、資料及憑證，補辦申請；其憑證不得逾六個月。」其身障者於_____年_____月_____日_____醫院開立診斷證明書，因_____事由，故先於_____年_____月_____日向廠商購買輔具後，檢具文件、資料及憑證於至_____（鄉、鎮）戶籍地公所補辦申請。

❖ 上述資料確實填寫無誤，如不實願負一切法律責任

申請人(或受託人)簽章：_____



填寫日期：_____年_____月_____日

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助 委 託 書

本人茲因 生病行動不便 其他 _____ (請詳明原因)，無法親自辦理醫療復健費用及醫療輔具補助申請，故委託 _____ (與本人關係： _____) 代為辦理並檢具相關證件影本。

身心障礙者： _____



【簽章】

受託人： _____



【簽章】

證件複印及黏貼處

身心障礙者 (身心障礙證明)	身心障礙證明正面影本 請確認 1. 戶籍是否為花蓮縣 2. 是否為有效期間	身心障礙證明反面影本
身心障礙者 (身分證)	身心障礙者身分證正面影本	身心障礙者身分證反面影本
受託人 (身分證)	受託人身分證正面影本	受託人身分證反面影本

中 華 民 國 年 月 日