

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	☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度	
福 利 別	☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶							
戶 籍 地 址	□□□-□□□□							
公 文 送 達 通 訊 地 址	☐ 同戶籍地址 ☐ 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) ☐ 電動拍痰器 ☐ 化痰機(噴霧器) ☐ 血氧偵測儀(血氧機) ☐ 氧氣製造機 ☐ 非蓄電式抽痰機 ☐ 單相陽壓呼吸器 ☐ 雙相陽壓呼吸器 ☐ 咳嗽(痰)機 ☐ 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 ☐ UPS 不斷電系統 ☐ 矽膠片 壓力衣： ☐ A 款-頭頸 ☐ B 款-肩胸腹背 ☐ C 款-右(上臂、肘、前臂) ☐ D 款-右(手、腕) ☐ E 款-左(上臂、肘、前臂) ☐ F 款-左(手、腕) ☐ G 款-腰臀、左大腿、右大腿 ☐ H 款-右小腿 ☐ I 款-右(踝、足) ☐ J 款-左小腿 ☐ K 款-左(踝、足)							
	醫療費用： ☐ 人工電子耳植入手術費用 ☐ 開具診斷證明書費用 ☐ 開具醫療輔具評估報告費用							
	應 備 文 件 ☐ 1.身心障礙證明影本、身分證正反面影本。 ☐ 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) ☐ 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) ☐ 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) ☐ 5.委託書(檢附委託人及受託人身分證正反影本並簽章)。 ☐ 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) ☐ 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。							
審 核 結 果	公 所 初 審 結 果		☐ 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					
			承 辦 人		單 位 主 管		鄉 鎮 市 長	
	衛 生 局 審 查 結 果		☐ 經核_____項符合規定，准予補助 ☐ 不符合規定，原因：					
			承 辦 人		單 位 主 管		單 位 首 長	
本人(受託人)簽章 _____		申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日						

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