

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請表

申請日期： 年 月 日

	申請人姓名			身份證字號		
	戶籍地址					
	出生日期		福利身份別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶		
	障礙類別		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		
	代理人姓名			與申請人關係		
申	申請醫療復健費用項目	<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書費用				
		醫療復健費用補助申請所需檢附文件	醫療復健費用補助請款所需檢附文件			
請		<input type="checkbox"/> 1. 申請表/委託書 <input type="checkbox"/> 2. 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 4. 中(低)收入證明 <input type="checkbox"/> 5. 診斷證明書(三個月內)	<input type="checkbox"/> 1. 領款收據 <input type="checkbox"/> 2. 申請人存摺帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本或副本(出院或就醫後三個月內) <input type="checkbox"/> 4. 其他證明文件			
資	申請購買醫療輔具名稱					
		醫療輔具購買補助申請所需檢附文件	醫療輔具購買請款所需檢附文件			
料		<input type="checkbox"/> 1. 申請表/委託書 <input type="checkbox"/> 2. 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 4. 中(低)收入證明 <input type="checkbox"/> 5. 診斷證明書(三個月內) <input type="checkbox"/> 6. 醫療輔具評估報告(依據「醫療費用及醫療輔具補助標準」辦理)	<input type="checkbox"/> 1. 補助核定函正本 <input type="checkbox"/> 2. 醫療輔具供應商出具保固書正本、影本 <input type="checkbox"/> 3. 廠商開具之醫療輔具產品型錄及保固切結書正本 <input type="checkbox"/> 4. 領款收據 <input type="checkbox"/> 5. 申請人存摺帳戶封面影本 <input type="checkbox"/> 6. 核定日起六個月內之統一發票或收據正本(須註明廠牌及型號)(提供收據者,須請廠商提出稅籍證明) <input type="checkbox"/> 7. 租賃契約書正本、影本、切結書(採租賃方式申請補助者需檢附,依據「醫療費用及醫療輔具補助標準」辦理) <input type="checkbox"/> 8. 申請人使用醫療輔具相片一張 <input type="checkbox"/> 9. 其他證明文件 (1. 2. 3. 7 正本查驗後以掛號寄還, 影本留存)			
	申請人簽章			代理人簽章		

審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 符合補助規定，核予補助：新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。 <input type="checkbox"/> 未符規定不予補助，理由：
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

1. 醫療輔具申請人得於核定日起6個月內，依核定項目完成購置(租賃)，並檢附上開應備文件，向本局申請撥付補助款；未依核定項目購置(租賃)者，不予補助。
2. 申請人對醫療復健費用、醫療輔具補助核定結果有異議時，得於收到核定通知書之日起15日內，檢附相關證明文件、費，向本府衛生局申請復查。
3. 申請人以詐術或其他不正當方法申請或領取補助者，則不予補助或停止補助；已核發之補助款則限期返還。

承辦人員：

單位主管：

主任秘書/副局長：

局長：

南投縣政府衛生局

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助申請表

申請人身分證正反面影本 粘貼處

<p>申請人 身分證正面影本</p>	<p>申請人 身分證反面影本</p>
------------------------	------------------------

申請人身心障礙證明正反面影本 粘貼處

<p>申請人 身心障礙證明正面影本</p>	<p>申請人 身心障礙證明反面影本</p>
---------------------------	---------------------------