

桃園市身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助申請書

區別： _____ 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	戶籍地址	桃園市 _____ 里 _____ 路 _____ 段 _____ 弄 _____ 號 _____ 室 _____ 區 _____ 鄰 _____ 街 _____ 巷 _____ 街 _____ 樓		
最近一年內居住國內超過183日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(不符資格)	居住地址	<input type="checkbox"/> 居家，地址： _____ <input type="checkbox"/> 機構(不符資格)		
申請人姓名	申請人蓋章	與身心障礙者關係	聯絡電話 (日)： _____ (夜)： _____ (行動電話)： _____		
聯絡地址(公文寄送地)					
身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶(非低收入戶或中低收)	身心障礙者金融機構名稱			
	<input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 列冊第()款低收入戶	身心障礙者金融機構帳號			
申請醫療輔具名稱	<input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> UPS不斷電系統 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 矽膠片 <input type="checkbox"/> 壓力衣(○A款 ○B款 ○C款 ○D款 ○E款 ○F款 ○G款)		申請醫療費用名稱	<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	
購買金額		購買日期	年 月 日	(先行購置者請填寫)	
檢具文件請勾選(✓)	<input type="checkbox"/> 1.桃園市身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助申請書【(民)表1】 <input type="checkbox"/> 2.國民身分證正、反面影本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3.身心障礙手冊(證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 4.身心障礙者金融機構存款簿封面影本 <input type="checkbox"/> 5.私章(須於桃園市身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助申請書與桃園市政府衛生局所得請款領據用印) <input type="checkbox"/> 6.診斷證明書正本(須於開立後3個月內申請) <input type="checkbox"/> 7.桃園市醫療輔具評估報告正本(呼吸治療、壓力衣；由醫師依身心障礙者實際需求填報) <input type="checkbox"/> 8.符合社會救助法之低收入戶或中低收入戶，請檢附相關證明文件正本(無者免附) <input type="checkbox"/> 9.申請桃園市身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助委託代理書【(民)表2】(代理人為直系親屬且檢附身分證明文件者，可免填) ※已購置或租賃者，另需檢具下列文件： <input type="checkbox"/> 10.桃園市政府衛生局所得請款領據【(民)表3】(領款人姓名、申請時間、申請醫療費用/輔具名稱、領款人簽章、國民身分證統一編號、地址、匯款銀行名稱、分行名稱、帳號需詳填，身份別是否為身心障礙者及低收入戶、中低收入戶、一般戶需勾選) <input type="checkbox"/> 11.購買者須檢附醫療輔具之保固書影本(應載明產品功能及規格、型號、序號、保固年限及起迄日期、輔具供應商名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話及經中央主管機關查驗合格之醫療器材查驗登記字號；於國外購置輔具者，上述保固書內容應譯註中文並簽名) <input type="checkbox"/> 12.統一發票或收據正本(買受人、品名、單價、數量、金額須詳填；於國外購置輔具者，應附足以證明支付事實之電子憑證，加註說明並簽名) <input type="checkbox"/> 13.租賃者須檢附醫療輔具之租賃契約書影本(應載明規格、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，及應標示合格之醫療器材查驗登記字號；非租賃者免附) <input type="checkbox"/> 14.衛生福利部准許醫療輔具輸入之證明文件(若為國外購機者，需檢附)				
區公所初審意見及核章	<input type="checkbox"/> 符合本市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助標準規定轉陳市府核予補助新臺幣 _____ 元		<input type="checkbox"/> 不符合本市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助標準規定之原因： _____		
	承辦人 _____		課長/主任 _____		區長 _____
衛生局複審結果及核章	<input type="checkbox"/> 符合本市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助標準規定轉陳市府核予補助新臺幣 _____ 元		<input type="checkbox"/> 不符合本市身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助標準規定之原因： _____		
	承辦人 _____	股長 _____	技正/秘書 _____	科長 _____	機關首長 _____
備註	一、申請醫療輔具補助者，應於核定日起6個月內完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及「醫療費用及醫療輔具補助標準」所定應備文件，申請撥付補助款；未依核定項目購置或租賃者，不予補助。 二、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，檢附相關憑證，補辦申請；其憑證不得逾6個月。				