**臺中市身心障礙者輔具費用暨醫療費用補助申請表** 106.10.31起修正適用

一、申請人填寫 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身心障礙者姓名 |  | | | 身分證號碼 | | | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 出生年月日 | 年 月 日 ；年齡　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　歲　 (※以實際年齡計算) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身心障礙類別與等級 | 類別 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  等級 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　度 | | | 連絡電話 | | | | (H)  (行動) | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 |  | | | 通訊地址 | | | | □同戶籍地 | | | | | | | | | | | | |
| 身分別 | * 低收入戶 □ 中低收入戶 □ 一般戶(※含身心障礙者生活補助、中低收入老人生活津貼) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住情形 | □ 居家 □ 安置機構 □ 醫院 (預計出院日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請輔具  項目 | 編號 | 項次 | 項目 | | 編號 | | 項次 | | | | | | | 項目 | | | | | | |
| 1 |  |  | | 3 | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 2 |  |  | | 4 | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 二、受理/審核單位填寫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二手輔具  媒合 | 輔具中心庫存 | | □ 有：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ 無 | | | 使用意願 | | | | | | | | * 有 □ 無 | | | | | | |
| 媒合  結果 | □成功，輔具財產編號：  □不成功，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，送回區公所核定現金補助。  ※此欄需由輔具中心填寫。 | | | | | | | | 用印 | |  | | | | | | | | | |
| 初審  意見 | □符合補助□編號1，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號2，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號3，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號4，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  □不符合補助：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ※申請醫療輔具或輔具中心受理案件須填寫此欄。 | | | | | | | | 核章 | | 承辦人 | | | | |  | | | | |
| 單位主管 | | | | |  | | | | |
| 其他說明： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 核定  結果 | □符合補助□編號1，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號2，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號3，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元；  □編號4，新臺幣\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  □不符合補助：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | 核章 | | 承辦人 | | | | |  | | | | |
| 單位主管 | | | | |  | | | | |
| 機關首長 | | | | |  | | | | |

**臺中市身心障礙者輔具費用暨醫療費用補助申請須知**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請  應檢附文件 | □ 1.身分證正本，驗畢後發還。  □ 2.三個月內診斷證明書(須註明症狀及所需輔具名稱)  □ 3.三個月內輔具評估報告書  □ 4.其他應附文件：  □ (1) 特製車輛駕照影本。  □ (2) 學生證影本或在學證明(25歲以下在國內日間部就學且非義務教育者)。  ※2-4項係依申請項目檢附不同之文件，應備文件係依本辦法、基準表及其他相關規定。 |
| 申請須知 | 1. 本補助為**事前申請制**，申請案件通過認定以核定函及核定結果通知書為準，未**經核定先行購置輔具將不予補助，所產生相關爭議也不予受理。**  2. 申請之輔具項目達前次申請該項輔具補助最低使用年限，且**每人每2年度以申請4項輔具補助為限（合併醫療輔具補助項次計算）。**「每人每2年度以申請4項輔具」計算基準舉例如下：  (1) 某甲於104年申請1項，則105年可申請3項，106年則可申請1項。  (2) 某乙於104年申請4項，105年不可申請，106年則可申請4項。  3. 經輔具資源中心媒合之二手輔具，申請人再次申請同項輔具補助時須辦理繳回，若以無該項輔具使用需求時亦同。  4. 踝足矯具、膝踝足矯具、髖膝踝足矯具、脊柱矯具脊柱側彎矯正背架、脊柱矯具支持性背架、支架鞋具等項目。18歲以下因成長需求，得每年申請一次者，需經輔具中心評估，由醫院開立之評估報告書不予補助。  5. 再度申請特製機車（含修訂前之「特製三輪機車」）時，應於請款時檢附**原機車報廢證明。**  6. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者、**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，已補助者將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。  7. **以上相關規定已詳盡閱讀，不會衍生相關爭議或主張未充分告知。**  (蓋章處)  身心障礙者/受託人簽名或蓋章： |
| 委託人(即申請人) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_【簽名或蓋章】係委託(授權)受託人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_【簽名或蓋章】代為申請，並詳盡閱讀以上申請須知(受託人身分證字號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；與委託人關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)。如有糾紛，概由雙方自行解決；如有虛報不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。 | |

* 臺中市南區輔具資源中心電話：04-24713535分機1177 (408臺中市南屯區東興路一段450號)。
* 臺中市北區輔具資源中心電話：04-25314200、25322843 (427臺中市潭子區中山路二段241巷7號)。
* 臺中市海線輔具資源中心電話：04- 26627152 (433臺中市沙鹿區成功西街31號1樓)。