

彰化縣身心障礙者重新鑑定自費檢查補助申請表

10607007 制定

申請者資料	身心障礙者姓名		身分證字號			簽章	
			出生日期	年 月 日			
	障礙類別	<input type="checkbox"/> 新制 <input type="checkbox"/> 舊制	等級			申請日期	
	經濟身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶					
	戶籍地址	□□□					
	聯絡地址	□□□					
	電話		行動電話				
	申辦人 <small>(非本人須附委託書)</small>		簽章		關係		
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 1.身心障礙者本人身分證正反面影本或非身心障礙者本人辦理時需另檢附委託人之身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2.申請人身心障礙手冊(證明)正反面影本。 <input type="checkbox"/> 3.低收入或中低收入戶影本證明。 <input type="checkbox"/> 4.全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本（於 月 日出院或就醫 月 日後 3 個月內）。 <input type="checkbox"/> 5.申請人（身心障礙者本人）金融機構存摺封面影本。						
自費補助申請項目	障礙類別	申請檢查項目			金額	備註	
	1.						
	2.						
	3.						
	4.						

備註:

1. 補助對象需自申請前設籍本縣超過 180 日；依法領有身心障礙手冊（證明）者。
2. 若申請人因詐欺或虛偽不實之申請而獲得補助者，除追回已領之補助費用外，涉及刑事責任者移送司法機關辦理。
3. 補助對象係屆期重新鑑定者且需具有低收入戶或中低收入戶證明。
4. 費用補助至當年經費用罄止；同年度相同類別之檢查項目費用不得重覆補助。

彰化縣衛生局 審 核	<input type="checkbox"/> 符合
	<input type="checkbox"/> 不符合，原因：_____
	<input type="checkbox"/> 其他，原因：_____
	補助金額： 萬 仟 佰 拾 元整
	承辦人員：
	單位主管：
審核日期： 年 月 日	

5. 檢查地點以各縣市公告之身心障礙鑑定醫療機構為限。

文件黏貼處

申請人國民身份證影本
正面黏貼處

申請人國民身份證影本
背面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
正面黏貼處

申請人身心障礙手冊(證明)影本
背面黏貼處

受託人國民身份證影本
正面黏貼處

受託人國民身份證影本
背面黏貼處

檢查費用收據正本

金融存簿(封面影本)浮貼處

彰化縣身心障礙者重新鑑定自費檢查補助 申請委託書

一、 本人_____ (請填身心障礙者姓名)茲因

生病或行動不便其他_____，無法親自辦理本項
補助申請，特委託_____ (請填代辦人姓名)辦理並檢
具委託書。

二、 所稱事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有虛偽，除
繳回溢領款項外，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

彰化縣衛生局

委託人(身心障礙者)：_____ (核章)

身分證字號：□□□□□□□□□□

戶籍地址：

聯絡電話：

受託人：_____ (簽章)

身分證字號：□□□□□□□□□□□□ (□已繳身分證影本)

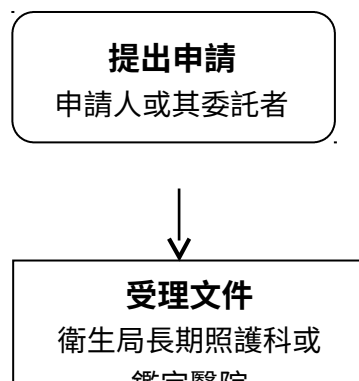
與委託人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：_____ 手機：_____

中華民國 年 月 日

彰化縣身心障礙者重新鑑定自費檢查補助申請標準作業流程



備註：

1. 補助對象係設籍本縣超過一百八十日，依法領有身心障礙手冊（證明）屆期換證重新鑑定者且需具有低收入戶或中低收入戶證明。
2. 核定補助金額依全民健康保險支付標準為基準。
3. 同年度相同類別之檢查項目費用不予重覆補助。
4. 費用補助至當年經費用罄止。