

新竹市身心障礙者醫療復健所需醫療費用補助申請表

附件 1

申請者資料	姓名		出生日期	民國 年 月 日	身分證字號		
	障礙類別	<input type="checkbox"/> 新制 <input type="checkbox"/> 舊制	障礙等級				
	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶					
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			電話		
	聯絡地址 (公文送達處所)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			行動電話		
	受委託人		關係		電話		
	申請項目	<input type="checkbox"/> 1. 開具診斷證明書費用，_____份，共_____元 <input type="checkbox"/> 2. 開具醫療輔具評估報告費用，_____份，共_____元 <input type="checkbox"/> 3. 人工電子耳植入手術費用，_____元 (依身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法補助)					
	應檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請人(設籍於新竹市並領有身心障礙手冊或證明者)身分證正本、影本或最近3個月內全戶戶籍謄本(或戶口名簿)正本、影本。(正本查驗後歸還)。 (非本人辦理時需另檢附 <input type="checkbox"/> 委託書 <input type="checkbox"/> 受委託人之身分證正本、影本)。(正本查驗後歸還)。 <input type="checkbox"/> 2. 申請人身心障礙手冊或證明正本、影本。(正本查驗後歸還) <input type="checkbox"/> 3. 全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本(申請期限為出院或就醫後三個月內)。 <input type="checkbox"/> 4. 中低收或低收入戶證明正本、影本。(正本查驗後歸還)(一般戶免附) <input type="checkbox"/> 5. 診斷證明書正本(3個月內開立)。 <input type="checkbox"/> 6. 醫療輔具評估報告影本。 <input type="checkbox"/> 7. 申請人台灣銀行存摺影本，或其他郵局、銀行等帳戶影本。					
	領款方式	<input type="checkbox"/> 1. 台灣銀行帳戶匯款(不需自付匯款手續費)。 <input type="checkbox"/> 2. 若提供非台灣銀行帳戶，同意自行負擔郵局或其他銀行等帳戶匯款手續費。					
	注意事項	1. 依其他法令規定申請相同性質之醫療費用補助，與依本辦法申請補助者，僅得從優擇一補助。 2. 人工電子耳植入手術費用補助，終身一次，已由全民健康保險給付者，則不在本辦法補助範圍內。 3. 申請人或其受委託人如有冒領、重領、或偽造、變造單據等情事，不予補助或停止補助，並追回已發給之補助，其涉及刑責者，移送司法機關辦理。					
確認資料無誤，並已瞭解注意事項	本人簽章：_____ 受委託人簽章：_____ 申請日期：____年____月____日						
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合：						
核章	承辦人		科長		局長		