

臺中市長期照顧輔具服務補助額度暨核定項目單

(僅限臺中市出院準備銜接長期照顧輔具及居家無障礙環境改善補助申請用)

一、基本資料

核定日期	年 月 日	申請人姓名	
失能程度	第 級	身分證字號	
福利身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 長照中低收入戶 <input type="checkbox"/> 長照低收入戶 (請核定人員勾選福利身分別後，於勾選處加蓋職章)		
居住地址			
長照輔具補助額度	共計剩餘_____元額度。 請於核定日期起 3個月內 ，完成輔具購買。民眾得持本單(正本)至本市特約廠商，先行購買免評輔具；後續請將長期照顧管理中心寄發之補助核定結果通知書(正本)提供予特約廠商辦理後續核銷請款。		
起迄日：_____至_____	(請依據照管平台額度紀錄入帳日填寫；初評免填) <input type="checkbox"/> 初評		

二、長照輔具(E碼)核定項目

本次核定項目共_____項。(需出具輔具評估人員評估報告書之項目不列入計算；請核定人員勾選後，於勾選處加蓋職章，未有職章者不予認列)		
<input type="checkbox"/> EA01-1 馬桶增高器 <input type="checkbox"/> EA01-2 便盆椅 <input type="checkbox"/> EA01-3 沐浴椅 <input type="checkbox"/> EB01 單支拐杖-不銹鋼製 <input type="checkbox"/> EB02 單支拐杖-鋁製 <input type="checkbox"/> EB03 助行器 <input type="checkbox"/> EC01 輪椅-A款(非輕量化量產型) <input type="checkbox"/> EC02 輪椅-B款(輕量化量產型)	<input type="checkbox"/> EE01 電話擴音器 <input type="checkbox"/> EE02 電話閃光震動器 <input type="checkbox"/> EE03 火警閃光警示器 <input type="checkbox"/> EE04 門鈴閃光器 <input type="checkbox"/> EE05 無線震動警示器 <input type="checkbox"/> EF01 衣著用輔具 項目：	<input type="checkbox"/> EF02 居家用生活輔具 項目： <input type="checkbox"/> EF03 飲食用輔具 項目：
<input type="checkbox"/> 依長期照顧服務申請及給付辦法需出具輔具評估人員評估報告書項目(核定日期起6個月內有效) <input type="checkbox"/> 房屋為_____，需先取得_____同意，並檢附同意文件才可施作，若未取得同意即逕行施作，該筆費用不予支付，另衍生之爭訟事件由申請人自行負責。		
補助項目及標準： 1.台端所購買之輔具項目相關規定請參照長期照顧服務申請及給付辦法之輔具及居家無障礙環境改善服務。 2.申請案於評估核定補助項目前已先行購置或施設者，不予補助。補助額度每人是以 每3年以補助4萬元 為限，除申請依規定免部分負擔之項目外(如：EC03-EC10、EG01-EG09)，均需依身分別自行負擔部分負擔(一般戶30%、長照中低收入戶10%、長照低收入戶免部分負擔)。 3.長照需要者同時領有身心障礙證明(手冊)者得依身心障礙者輔具費用補助辦法申請補助，但輔具使用年限未達最低使用年限之相同項目不得重複申請。若查有重複申請事宜，該項輔具由民眾自行負擔。 4.本市長期照顧輔具補助以特約單位代為核銷為原則，請持相關資料至本市特約單位購買。本市長照輔具特約單位查詢，請自行至臺中市政府衛生局網站>長照2.0專區>一般民眾>找長照資源>長照服務資源查詢>臺中市長照特約單位-輔具服務及居家無障礙環境改善-「111-113年長期照顧輔具服務特約一覽表」下載使用。		
核定單位簽章		申請人或受託人簽章
核定人員(個案管理員)簽章： 核定單位(出院準備醫院/個案管理員單位)： 聯絡電話： 電子信箱：		<input type="checkbox"/> 本人_____已對補助項目及標準確實了解。 <input type="checkbox"/> 受託人_____關係_____已對補助項目及標準確實了解。