

## 臺中市身心障礙者重新鑑定自費檢查補助申請表

申請日期(證件備齊日): 年 月 日

姓 名		身分證字號		年齡	
		生 日	年 月 日		歲
戶 籍 地 址	郵遞區號( )				
通 訊 地 址	郵遞區號( )				
聯絡電話	1.(H)		2.(行動)		
申請項目	1、 2、 3、				
福利身份別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶				
應 檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 1、申請表。 <input type="checkbox"/> 2、身心障礙手冊(證明)正反面影本(未過期)。 <input type="checkbox"/> 3、中、低收入戶證明正本(未過期)。 <input type="checkbox"/> 4、申請人及委託人之身分證影本及印章。 <input type="checkbox"/> 5、當年度檢查費用收據正本(身心障礙鑑定醫療機構所出具,金額處不得塗改)。 <input type="checkbox"/> 6、補助者郵局存摺封面影本(若為其他金融機構,衍生之手續費由民眾自行負擔)。				
注 意 事 項	1、補助對象需自申請前設籍本市超過一百八十日,且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、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、核定補助金額依全民健康保險支付標準為基準。 4、受理期限至當年度12月15日止(以郵戳日期為憑),惟當年度經費如已用罄,將不再受理。 5、相關作業約需1-2個月之工作天。 6、以上注意事項本人已充分知悉。申請人簽名: _____ (簽章)				
委託人(即申請人) _____ (簽章)係委託(授權)受委託人 _____ (簽章)代為申請,(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。					
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: 承辦人員: 審核日期: 年 月 日				

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