

南投縣身心障礙者重新鑑定自費檢查補助申請表

訂定日期：104年10月13日

姓 名		身分證字號		年齡	歲
		生 日	年 月 日		
通訊地址 (公文寄送地)					
聯絡電話	1.(H) 2.(O)		3.(Mobil)		
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				
應檢附件	<input type="checkbox"/> 1、申請表。 <input type="checkbox"/> 2、身分證及身心障礙手冊(證明)正反面影本(未過期)。 <input type="checkbox"/> 3、經濟狀況證明：如中、低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 4、申請人委託書(若為本人申請則免)。 <input type="checkbox"/> 5、委託代辦者，應檢附委託人印章及代辦人身分證、印章。 <input type="checkbox"/> 6、檢查費用收據正本(身心障礙者鑑定醫療機構所出具)。 <input type="checkbox"/> 7、補助者金融機構存摺封面影本(郵局或銀行均可)。				
注意事項	<p>1、補助對象需自申請前設籍本縣超過一百八十日，且符合本計畫補助標準者。</p> <p>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。</p> <p>3、補助對象係設籍本縣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。</p> <p>4、核定補助金額依全民健康保險支付標準為基準。</p> <p>5、以上注意事項本人已充分知悉。申請人簽名：</p> <p style="text-align: right;">申請日期(證件備齊日)： 年 月 日</p>				
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				

申請人國民身分證影本
正面黏貼處

申請人國民身分證影本
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

受託人國民身分證影本
正面黏貼處

受託人國民身分證影本
背面黏貼處

檢查費用收據正本
浮貼處

文件黏貼處