**南投縣政府衛生局**

**身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 資 料 | 申請人姓名 | |  | | | 身份證字號 | |  |
| 戶籍地址 | |  | | | | | |
| 出生日期 | |  | 福利身份別 | | □一般戶 □中低收入戶 □低收入戶 | | |
| 障礙類別 | |  | 障礙等級 | | □輕度 □中度 □重度 □極重度 | | |
| 代理人姓名 | |  | | | 與申請人關係 | |  |
| 醫療費用名稱 | |  | | | | | |
| 醫療費用補助**申請**所需檢附證明文件 | | | | 醫療費用補助**核銷**所需檢附證明文件 | | | |
| * 1.申請表/委託書 * 2.身分證正反面影本 * 3.身心障礙者影本 * 4.中（低）收入證明 * 5.診斷證明書 | | | | * 1.全民健康保險特約醫院之自付費用   收據正本(六個月內)   * 2.領款收據、存戶封面影本 * 3.其它證明文件 | | | |
| 購買輔具名稱 | |  | | | | | |
| 醫療輔具購買補助**申請**所需檢附證明文件 | | | | 醫療輔具購買**核銷**所需檢附證明文件 | | | |
| * 1.申請表/委託書 * 2.身分證正反面影本 * 3.身心障礙者影本 * 4.中（低）收入證明 * 5.診斷證明書 * 6.醫療輔具評估報告 | | | | * 1.補助核定函 * 2.輔具供應商出具保固書正本、影本   (正本查驗後發還，影本留存)   * 3.領款收據、存戶封面影本 * 4.購買輔具**六個月內**之收據或統一發票 * 5.租賃契約書影本、切結書   (採租賃方式補助雙相陽壓呼吸輔助器Bi-PAP者需檢付)   * 6.其它證明文件 | | | |
| 申請人簽章 |  | | | 代理人簽章 | |  | |
| 審查  結果 | □符合補助規定，核予補助：新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。  □未符規定不予補助，理由： | | | | | | | |

1. 醫療費用申請者須先至本府衛生局網站下載申請表，並檢附全民健康保險特約醫院之自付費用收據正本(出院或就醫後6個月內)及附表規範相關文件後送至本府衛生局。如經審核不符，則本府衛生局以公文通知申請人不予補助。
2. 醫療輔具申請人得於核定日起6個月內，依核定項目完成購置(租賃) ，並檢附購買或付費憑證及附表所定應備文件，向本府衛生局申請撥付補助款；未依核定項目購置(租賃)者，不予補助。
3. 有先行購置或租賃醫療輔具應於核定日起6個月內，依核定項目完成購置或租賃，並檢附購置、租賃或付費憑證及附表所定應備文件，向本府衛生局申請撥付補助款；未依核定項目購置或租賃者，不予補助。補辦申請；其憑證不得逾6個月。
4. 申請補助者，醫療費用及輔具僅得從優擇一補助。
5. 申請人對醫療費用、醫療輔具補助核定結果有異議時，得於收到核定通知書之日起15日內，檢附相關證明文件，向本府衛生局申請復查。

|  |
| --- |
| 承辦人員： 單位主管： 副局長： 局長決行： |

**南投縣政府衛生局**

**身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助申請表**

申請人身分證正反面影本 粘貼處

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人  身分證正面影本 | 申請人  身分證反面影本 |

申請人身心障礙手冊正反面影本 粘貼處

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人  身心障礙手冊正面影本 | 申請人  身心障礙手冊反面影本 |