

# 新北市政府身心障礙者醫療輔具補助申請表

申請日期： 年 月 日

身心障礙者 姓名		身分證字號	
聯絡人姓名		與身心障 礙者關係	連絡 電話
通訊地址			

◆ 請自行檢視以下資料並勾選

申請條件	(3項條件皆須符合才可申請) <input type="checkbox"/> 戶籍新北市 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 限居家使用
本次申請 醫療輔具 名稱	<input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 抽痰機 (○非蓄電式 ○蓄電式(交直流兩用)) <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> 氧氣筒 <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 <input type="checkbox"/> 矽膠片 <input type="checkbox"/> 壓力衣 (○A款 ○B款 ○C款 ○D款 ○E款 ○F款 ○G款 ○H款 ○I款 ○J款 ○K款)
檢附文件	<input type="checkbox"/> 三個月內診斷證明(註明欲申請輔具之名稱) <input type="checkbox"/> 三個月內醫療輔具評估報告 (申請氧氣製造機、咳嗽(痰)機、雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP)、單相陽 壓呼吸器(C-PAP)、壓力衣、矽膠片才須檢附) <input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本(影本務必清晰)
輔具評估 報告填寫 說明	<input type="checkbox"/> 基本資料由家屬或使用者填寫完整。 <input type="checkbox"/> 專科醫師填寫或勾選處，須蓋專科醫師章。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告完成後，須完成機關用印。
申請方式	1. 郵寄地址：220新北市板橋區英士路192之1號 新北市政府衛生局 高齡及長期照顧科 收(信封上請註明「申請醫療輔具專用」) 2. 親洽地址：220新北市板橋區英士路192號4樓(板橋區衛生所4樓) 3. 傳真電話:(02)2254-4029，聯絡電話(02)22577155分機3636 (請務必來電確認)
申請人簽名： _____ (與身障者關係： _____)	
本局 收件日期	_____ 年      月      日