

澎湖縣身心障礙者輔具費用補助申請表

申 請 者 資 料	使用者 姓名		出生日 期	民國 年 月 日	簽章	
	障礙 類別	☐ 新制 ☐ 舊 制	等級		申請 日期	
	經濟身 份別	☐ 低收入戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 非低收及非中低 收入戶				
	戶籍地 址					
	聯絡地 址					
	電話		行動電 話			
	委託人		簽章		關係	
	應 檢 附 文 件	☐ 1. 醫療費用補助申請書。 ☐ 2. 使用者(身心障礙者本人)身分證正反面影本(非身心障 礙者本人辦理時須另檢附委託人之身分證正反面影本)。 ☐ 3. 使用者身心障礙證明正反面影本。 ☐ 4. 身心障礙者存摺帳戶影本 ☐ 5. 診斷證明書、輔具評估報告(申請雙相陽壓呼吸輔助器、 單相陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機者) ☐ 6. 中低收或低收入戶證明。				
醫 療 費 用 補 助 申 請	申請醫療輔具項目	申請醫療費用項目		金額	備註	
	1.					
	2.					
	3.					