

澎湖縣身心障礙者輔具費用補助申請表

申請者資料	身心障礙者姓名	陳○明	出生日期	民國○○年○○月○○日	簽章	陳○明(印章)
	障礙類別	☒ 新制 ☐ 舊制	等級	輕度	申請日期	106年8月8日
	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	880 澎湖縣馬公市○○里○○路○○號				
	聯絡地址	880 澎湖縣馬公市○○里○○路○○號				
	電話	9123456	行動電話	0912345678		
	申辦人	陳○華	簽章	陳○華(印章)	關係	父女
應檢附文件	☒ 1. 代償墊付補助申請表。 ☒ 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. 診斷證明書、 ☒ 5. 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)。					
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. 氧氣製造機(18,800元)				18,800元	中低收
	2.					
	3.					