

		<input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）					
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
聯絡資訊	聯絡電話				聯絡手機		
	<input type="checkbox"/> 同申請人	居住地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路
			市	市區	里	鄰	街
							巷
							號
							樓

三、主要照顧者【同監護人，以下免填】

姓名					出生日期		年月日	
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
關係		<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂：_____） <input type="checkbox"/> 其他						
聯絡資訊	聯絡電話				聯絡手機			
	<input type="checkbox"/> 同申請人	居住地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路	
			市	市區	里	鄰	街	
							巷	
							號	
							樓	

四、本次鑑定障礙類別

重新鑑定 舊制障礙類別	<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 造血機能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病 <input type="checkbox"/> 頑性（難治型）癲癇症 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 肝臟 <input type="checkbox"/> 呼吸器官 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 腸道 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷
新增鑑定 現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能（心臟、血管或呼吸器官） <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能（吞嚥、胃、腸道或肝臟） <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能（腎臟或排尿） <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 其他
重新鑑定 現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能（心臟、血管或呼吸器官） <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能（吞嚥、胃、腸道或肝臟） <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能（腎臟或排尿） <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 其他

五、鑑定及需求評估環境

鑑定場所	<input type="checkbox"/> 機構（醫院）內鑑定 <input type="checkbox"/> 機構（醫院）外鑑定（須另檢附診斷證明書）
需求評估 場所	<input type="checkbox"/> 非併同辦理（ <input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 其他：_____）
	<input type="checkbox"/> 併同辦理（醫院名稱：_____；醫院所在地：_____縣/市）
備註：選擇併同辦理鑑定方式，必須配合指定醫院的門診時間與診次，不得指定醫師	

溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語 (<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家話 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他：) <input type="checkbox"/> 筆寫 <input type="checkbox"/> 口譯 <input type="checkbox"/> 手譯 <input type="checkbox"/> 其他：
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 戰爭 <input type="checkbox"/> 其他
致障時間	民國_____年

六、福利服務申請項目

<input type="checkbox"/> 無申請需求， <input type="checkbox"/> 需要社會工作人員主動聯繫、 <input type="checkbox"/> 不需要社會工作人員主動聯繫 <input type="checkbox"/> 有申請需求（請續勾選下列項目）	
<input type="checkbox"/> 1. 身心障礙者專用停車位識別證 <input type="checkbox"/> 2. 搭乘國內大眾運輸工具必要陪伴者優惠 <input type="checkbox"/> 3. 進入公、民營風景區、康樂場所或文教設施必要陪伴者優惠 <input type="checkbox"/> 4. 身心障礙者個人照顧服務（請續就以下項目勾選）	
<input type="checkbox"/> 居家照顧（ <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家復健 <input type="checkbox"/> 身體照顧及家務服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 友善服務）	
<input type="checkbox"/> 生活重建 <input type="checkbox"/> 心理重建 <input type="checkbox"/> 社區居住 <input type="checkbox"/> 婚姻及生育輔導 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施服務 <input type="checkbox"/> 全日型住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 夜間住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 課後照顧 <input type="checkbox"/> 自立生活支持服務 <input type="checkbox"/> 行為輔導 <input type="checkbox"/> 情緒支持 <input type="checkbox"/> 復康巴士 <input type="checkbox"/> 輔具服務	
<input type="checkbox"/> 5. 身心障礙者家庭照顧者服務（請續就以下項目勾選）	
<input type="checkbox"/> 臨時及短期照顧 <input type="checkbox"/> 照顧者支持 <input type="checkbox"/> 照顧者訓練及研習 <input type="checkbox"/> 家庭關懷訪視及服務	
<input type="checkbox"/> 6. 身心障礙者經濟補助（請續就以下項目勾選）	
<input type="checkbox"/> 生活補助費 <input type="checkbox"/> 日間照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 住宿式照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 居家照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 輔具費用補助 <input type="checkbox"/> 房屋租金補助 <input type="checkbox"/> 購屋貸款利息補貼 <input type="checkbox"/> 購買停車位貸款利息補貼 <input type="checkbox"/> 承租停車位補助	
<p>1、以上各項身心障礙者補助與福利服務皆須經過評估及相關資格標準之審查，符合者才可以取得。原核定相關福利服務及相關證件，包括經濟補助、專用停車位識別證、二項必要陪伴者優惠、復康巴士等依據需求評估結果重新核定資格，如未符合行動不便，須繳回相關證件；未主動繳回者，逕予註銷，證件註銷後失效。</p> <p>2、本人已明瞭且願意提供審查所需要的相關文件資料，另本人同意經專業團隊鑑定及需求評估之相關資訊，提供服務單位作為規劃服務之參考。</p>	
申請人簽章：	填表日期： 年 月 日
代理申請委託（授權）書	
委託人（即申請人）： 【簽章】 已瞭解並將申請身心障礙鑑定相關事宜，委託（授權）受委託人（身分證統一編號： _____）： 【簽章】 代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決；如有虛報不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。	
備註： 依據身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法第3條規定，委託他人代為申請者，應另附本委託書及受委託人之身分證明文件。	