

彰化縣身心障礙證明申請表

1080410 版

一、個人基本資料

縣市	鄉鎮市區	領取鑑定表數：____份	照片黏貼處
身心障礙現況： <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 有證明、 <input type="checkbox"/> 有手冊/本次要鑑定障別：_____			
申請項目	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請	<input type="checkbox"/> 1. 初次申請 <input type="checkbox"/> 2. 異議複檢(評) <input type="checkbox"/> 3. 屆期重鑑 <input type="checkbox"/> 4. 自行申請變更(須檢附3個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 5. 再次申請(須檢附3個月內診斷證明書) <input style="color: red;" type="checkbox"/> 6. 無須重新鑑定換證	
		<p>本欄位為民眾申請核發或換發新制身心障礙證明，項目包</p> <p>1.初次申請：新申請者</p> <p>2.異議複檢(評)：對鑑定結果有異議，30日內提出異議者</p> <p>3.屆期換證：證明屆期申請換發者</p> <p>4.自行申請變更：取得證明後，自認障礙類別有程度改變或障礙類別增加等情形，請勾選此項，需檢附3個月內診斷證明書。</p> <p>5.再次申請(需檢附3個月內診斷證明書)：</p> <p>a.經鑑定未達列標準者，且逾異議複檢(30日)期限，但自認障礙類別有程度改變或障礙類別增加等情形。</p> <p>b.原領有身心障礙證明，但證明已失效(於到期日為重新鑑定)。</p> <p>6.無須重新鑑定換證：</p> <p>經過新制鑑定且符合無法減輕或恢復，無須重新鑑定之規定，依身心障礙證明有效期限換發身心障礙證明者。</p>	

<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊換證	<p><input type="checkbox"/> 1. 手冊屆期換證 (請就下列項目擇 1 勾選)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>本欄位為領有舊制身心障礙手冊的民眾，申請核發新制身心障礙證明，可以自行申請醫療鑑定的方式：</p> <p>1. 屆期換證 <input type="checkbox"/> a. 新制重新鑑定：由鑑定醫師依身心障礙手冊記載之障別辦理 3 碼鑑定。 <input type="checkbox"/> b. 依原領手冊重新發給鑑定報告：依原領身心障礙手冊之障別程度，重新發給鑑定報告 (新制證明將依原手冊之障別等級對應資料發出，但仍須由鑑定人員進行活動參與及環境因素之鑑定)。 <input type="checkbox"/> c. 新增鑑定類別：領有舊制身心障礙手冊屆期，且自行申請新增障礙類別鑑定 (須檢附 3 個月內診斷證明書)。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 未屆期自行申請變更 (須檢附 3 個月內診斷證明書)：已領有舊制身心障礙手冊未屆期，但自認原障礙類別有程度改變或有障礙類別增加等情形。 <input type="checkbox"/> 3. 持永久效期手冊自行申請提前重新鑑定：已領有舊制未註記效期身心障礙手冊，但自願提前重新鑑定者。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 持永久效期手冊申請換證</p> <p><input type="checkbox"/> a. 新增鑑定類別及提前申請換證：因新增障礙類別申請新制鑑定，原舊制永久效期以原領手冊發給鑑定報告者，因指定換證期日為 104 年 7 月 10 日，必須提前辦理換證者；或自行申請新增障礙類別而原舊制永久效期手冊未重新鑑定，且未逾指定換證期日者 (須檢附 3 個月內診斷證明書)。</p> <p><input type="checkbox"/> b. 指定期日換證：依據戶籍地縣市政府通知換證時間，如期提出換證申請者。</p> <p><input type="checkbox"/> c. 提前申請換證：未依據戶籍地縣市政府通知換證時間，自</p> </div> <p>(<input type="checkbox"/> 新制重新鑑定 <input type="checkbox"/> 依原領手冊重新發給鑑定報告 <input type="checkbox"/> 新增鑑定類別-須檢附 3 個月內診斷證明書)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 未屆期自行申請變更 (須檢附 3 個月內診斷證明書) 備註：申請「依原領身心障礙手冊，重新發給鑑定報告」仍須由鑑定人員進行活動參與及環境因素之鑑定</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 持永久效期手冊自行申請提前重新鑑定 (原有障礙類別：_____)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 持永久效期手冊申請換證 (請就下列項目擇 1 勾選) (<input type="checkbox"/> 新增鑑定類別及提前申請換證 (須檢附 3 個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 指定期日換證 <input type="checkbox"/> 提前申請換證)</p>	
	姓名	身分證字號

性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年月日
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號樓 市 市區 里		
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號樓 市 市區 里		
連絡電話		手機	
傳真		電子信箱	
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 不識字 <input type="checkbox"/> 2. 幼兒園 <input type="checkbox"/> 3. 小學 <input type="checkbox"/> 4. 國中 <input type="checkbox"/> 5. 高中(職) <input type="checkbox"/> 6. 專科 <input type="checkbox"/> 7. 大學 <input type="checkbox"/> 8. 碩士(含以上)		
職業狀況	<input type="checkbox"/> 1. 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 2. 工礦 <input type="checkbox"/> 3. 商 <input type="checkbox"/> 4. 軍公教 <input type="checkbox"/> 5. 服務業 <input type="checkbox"/> 6. 自由業 7. 無(<input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 不在學) <input type="checkbox"/> 8. 其他: _____		
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1. 獨居 <input type="checkbox"/> 2. 與家屬同住 <input type="checkbox"/> 3. 獨居且聘用看護 <input type="checkbox"/> 4. 與家屬同住且聘用看護 <input type="checkbox"/> 5. 使用住宿型社會福利機構 <input type="checkbox"/> 6. 其他: _____		
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 一般戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶		
照顧負荷狀況	<input type="checkbox"/> 1. 家中尚有其他 45 歲以上身心障礙者, _____位 <input type="checkbox"/> 2. 家中尚有其他 45 歲以下身心障礙者, _____位 <input type="checkbox"/> 3. 家中尚有 65 歲以上老人(非身心障礙者) _____位 <input type="checkbox"/> 4. 家中無其他身心障礙者		

二、監護人(聯絡人)

姓名		出生日期	年月日
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"/> 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 鄰 路 段 巷 弄 號樓 市 市區 里	

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		
聯絡資訊	聯絡電話		聯絡手
	<input type="checkbox"/> 同申請人 居住地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號樓 市 市區 里	

本部分欄位為監護人(聯絡人)資料，請民眾填寫可聯繫且能協助處理重要事務之家屬、機構人員或其他重要他人，確認後鍵入系統，如主要照顧者與監護人為同一人，則勾選後免填。

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 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造 <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"/> 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 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造 <input type="checkbox"/> 其他

此欄請擇一勾選，各項說明如下：

重新鑑定舊制障礙類別：持舊制手冊(綠色版本)重新鑑定原障礙類別，請確實勾選該項障礙類別。

新增鑑定限制障礙類別：初次申請或新增鑑定障礙類別時，請勾選該次鑑定之障礙類別。

重新鑑定現制障礙類別：持新制(粉紅色版本)證明重新鑑定原障礙類別。

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） <p>本部分欄位為申請鑑定之場所，行動方便之申請人，可至 238 間指定鑑定醫院辦理鑑定；申請人如有以下情形之一，可向衛生局提出申請，經同意後指派人員到宅鑑定：</p> <p>1.全癱無法自行下床 2.需 24 小時使用呼吸器或維生設備 3.長期重度昏迷 4.已領有極重度身心障礙手冊 5.其他特殊困難致無法自行至鑑定機構辦理鑑定，經所在地之直轄市、縣(市)衛生主管機關指定公告情形。</p>
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 <p>若可接受不指定醫師及指定門診時間與診次，可勾選併同辦理，並請填寫醫院名稱及醫院所在地；否則請勾選非併同辦理。</p> <p>1. 「併同辦理」： (1)申請人亦得申請在指定醫院併同完成鑑定與需求評估，公所承辦人員可以提供指定併同辦理醫院名單與時段予民眾參考，並請民眾填寫醫院所在地的縣市及名稱。 (2)申請併同辦理流程的民眾，必須配合指定醫院的門診時間、診次與科別，不能指定特定醫師進行鑑定。 2. 「非併同辦理」： 申請人至醫院完成鑑定後，社會處針對符合資格者發給身心障礙證明，後續社會處人員會依據申請人勾選的需求服務項目，視狀況指派人員進行訪談，請民眾勾選合適的</p>
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： <div style="background-color: #f0d0d0; padding: 5px; border: 1px solid #ccc;"> 本欄位為申請人之溝通方式，請民眾填寫申請人的主要溝通方式，方便鑑定與需求評估人員進行後續之準備工作。 </div>
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

- 無申請需求，需要社會工作人員主動聯繫、不需要社會工作人員主動聯繫
有申請需求（請續勾選下列項目）

※下列福利服務項目不須申請社會處需求評估	※下列福利服務項目須申請社會處需求評估
<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. 復康巴士 <input type="checkbox"/> 5. 身心障礙者個人照顧服務(請續就以下項目勾選) <input type="checkbox"/> 居家照顧服務申請(<input type="checkbox"/> 50歲以上 <input type="checkbox"/> 50歲以下) <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家復健 <input type="checkbox"/> 友善服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 身體照顧及家務服務) <input type="checkbox"/> 居家照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 輔具服務申請 <input type="checkbox"/> 輔具費用補助 <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"/> 醫療費用補助 <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 <input type="checkbox"/> 7. 免徵使用牌照稅(身心障礙者所有且供本人使用車輛之車牌號碼： <input type="checkbox"/> 身心障礙者具備駕照 <input type="checkbox"/> 身心障礙者不具備駕照 聯絡電話： ※備註： 1. 該稅是否准予減免，由地方稅務局核定，若審核符合規定，自身心障礙證明核發日起減免。 2. 供身心障礙者使用車輛如非身心障礙者所有，請車主逕洽地方稅務局申請減免，聯絡電話： 彰化縣地方稅務局免費服務電話：0800-476969。 彰化總局：04-7239131 員林分局：04-8320140	1. 身心障礙者個人照顧服務(請續就以下項目勾選) <input type="checkbox"/> 生活重建(中途致障者) <input type="checkbox"/> 心理重建 <input type="checkbox"/> 社區居住(18歲以上) <input type="checkbox"/> 婚姻及生育輔導 <input type="checkbox"/> 家庭托顧(18歲以上) <input type="checkbox"/> 日間照顧服務(日間照顧費用補助) <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施服務 <input type="checkbox"/> 夜間住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 全日型住宿式照顧(住宿式照顧費用補助) <input type="checkbox"/> 課後照顧(國中小學生) <input type="checkbox"/> 自立生活支持服務(18歲以上) <input type="checkbox"/> 行為輔導 <input type="checkbox"/> 情緒支持 2. 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"/> 照顧者支持訓練及研習 <input type="checkbox"/> 家庭關懷訪視服務

北斗分局：04-8870001

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，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

申請人簽章：請申請人確認後簽名/蓋章

填表日期： 年 月 日

代理申請委託（授權）書

委
權
有
俸

本部分欄位為申請人自行勾選所需的福利服務項目，請公所承辦人員協助辦理以下事項：

提供「福利服務申請項目簡介」予民眾，請民眾參閱項目內容，依需求自行勾選。民眾如果無法理解項目內容，請公所承辦人員協助說明。

請告知民眾各項福利服務項目，必須符合身心障礙者資格取得證明後，經過社會處的評估及相關資格標準之審查，符合者方可取得，申請人亦須提供審查所需要的相關文件資料，並非勾選即可取得。

授
如
應