

彰化縣身心障礙證明申請表

1040417

版

一、個人基本資料

	縣市	鄉鎮市區	領取鑑定表數： 份		
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 type="checkbox"/> 6.指定期日換證 <input type="checkbox"/> 7.無須重新鑑定換證			照片黏貼處
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊換證	<p>本欄位為民眾申請核發或換發新制身心障礙證明，項目包含<input type="checkbox"/>1.初次申請(a.從未申請身心障礙鑑定之個案。b.原領有身心障礙手冊，但手冊已失效。c.曾經申請舊制身心障礙鑑定，但未達列等標準之個案，且逾異議複檢(30日)期限。)<input type="checkbox"/>2.異議複檢(評)(對於鑑定結果有異議，申請複檢)<input type="checkbox"/>3.屆期換證(證明屆期申請換發)<input type="checkbox"/>4.自行申請變更(民眾取得證明後，自認障礙類別有程度改變或障礙類別增加等情形。)<input type="checkbox"/>5.再次申請(a.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。b.原領有身心障礙證明，但證明已失效。)</p> <p><input type="checkbox"/>6.指定期日換證(領有舊制永久效期手冊因新增障礙類別自行申請鑑定，而原舊制障礙類別以原領手冊發給鑑定報告者，被指定換證期日104年7月10日完成換發證明。)<input type="checkbox"/>7.無須重新鑑定換證(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"/> 1.手冊屆期換證(請就下列項目擇1勾選) (<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) <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 <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：_____) <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			

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：

- 1.屆期換證 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 bs 碼鑑定。 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）。 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)。
- 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。
- 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。
- 4.持永久效期手冊申請換證
- 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，因指定換證日期為 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，且未逾指定換證日期者(須檢附 3 個月內診斷證明書)。
- 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。
- c.提前申請換證：未依據戶籍地縣市政府通知換證時間，自行提前申請換證者。

診斷證明書) 指定期日換證 提前申請換證)

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 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰	路 街	段 巷 弄	號 樓	
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰	路 街	段 巷 弄	號 樓
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.小學 <input type="checkbox"/> 3.國中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.專科 <input type="checkbox"/> 6.大學 <input type="checkbox"/> 7.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 <input type="checkbox"/> 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 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰 路 街 段 巷 弄 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					
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 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓

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，如果與監護人同一人，勾選則免填確認後鍵入系統。

四、本次鑑定障礙類別

重新鑑定	<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
舊制障礙類別	<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	<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 <input type="checkbox"/> 循環、造 <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)
現制障礙類別	<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

本部分欄位為新增欄位，此欄位為申請人本次鑑定障礙類別資料，請確認後鍵入系統。

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） <p>本部分欄位為申請鑑定的場所，一般行動方便的申請人，可以到 238 家指定鑑定醫院辦理鑑定；申請人如果有以下情形之一，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	<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>本部分欄位為申請需求評估的場所，需求評估方式可分為「非併同辦理」及「併同辦理」：</p> <p>1.「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，請民眾勾選合適的訪談場所。</p> <p>2.「併同辦理」：</p> <p>(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。</p> <p>(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</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： <p>本部分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的準備工作。</p>
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

