

彰化縣身心障礙證明申請表

1100501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
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. 無須重新鑑定換證 <input type="checkbox"/> 7. 指定期日換證
	本欄位為民眾申請核發或換發新制身心障礙證明，項目包括 1. 初次申請 ：新申請者 2. 異議複檢 (評) ：對鑑定結果有異議，30日內提出異議者 3. 屆期重鑑 ：證明屆期申請換發者 4. 自行申請變更 (需檢附3個月內診斷證明書)：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。 5. 再次申請 (需檢附3個月內診斷證明書)： 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。 b. 原領有身心障礙證明，但證明已失效(於到期日未重新鑑定)。 6. 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。 7. 指定期日換證 ：原領有舊制永久手冊，經轉換後領有新制身心障礙證明且無須重新鑑定者。	
姓名		
性別		
戶籍地址		號 樓
市 市區 里 街 弄		
居住地址		號 樓
<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 □□□ 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 弄 樓		
公文送達地址		號 樓
<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 □□□ 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 弄 樓		
聯絡電話		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 <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. 機構名稱: _____ <input type="checkbox"/> 4. 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		
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"/> 手語 <input type="checkbox"/> 其他:		
照顧負荷狀況	<input type="checkbox"/> 1. 家中尚有其他35歲以上身心障礙者, _____位 <input type="checkbox"/> 2. 家中尚有其他35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) <input type="checkbox"/> 4. 家中無其他身心障礙者		
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天(出生即有) <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"/> 其他		
致障時間	民國_____年		

二、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 <input type="checkbox"/> 其他		
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡 此欄位為聯絡人資料, 請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。如主要照顧者與聯絡人為同一人, 則勾選同聯絡人後免填。
	居住地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 市 市區	

三、主要照顧者【同聯絡人, 以下免填】

姓名		出生日期	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
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 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機

六、福利服務申請項目

無申請需求

有申請需求（請續勾選下列項目）

1. 身心障礙者專用停車位識別證

2. 搭乘國內大眾運輸工具必要陪伴者優惠

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

4. 身心障礙者個人照顧服務（請續就以下項目勾選）

居家照顧（居家護理 居家復健 身體照顧及家務服務 送餐服務
友善服務）

生活重建 心理重建 社區居住 婚姻及生育輔導 家庭托顧

日間照顧服務 社區日間作業設施服務 全日刑住室式照顧

此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

5. 身 如果無法理解項目內容，請公所承辦人員協助說明。

6. 身 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。

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服務之參考。

申請人(監護人)簽章：

填表日期： 年 月 日

備註：

1. 申請人如有法定監護人，則須請監護人簽章。

2. 取得身心障礙證明後，健保費及勞、工、軍、農保等保險費將依身障等級直接減免，無須提出申請；但若申請人評估將對於就業或其他領域會有不利影響時，可向戶籍所在地縣市政府申請保險費補助方式變更(不列入媒體交換)。

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。