

## 彰化縣身心障礙證明申請表

1110101版

### 一、個人基本資料

|        |   |  |              |     |                       |
|--------|---|--|--------------|-----|-----------------------|
| 彰化縣    |   | 鄉鎮市區   | 領取鑑定表數：____份 |     | 照<br>片<br>黏<br>貼<br>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<br><input type="checkbox"/> 4. 自行申請變更(須檢附3個月內診斷證明書)<br><input type="checkbox"/> 5. 再次申請(須檢附3個月內診斷證明書)<br><input type="checkbox"/> 6. 無須重新鑑定換證 <input type="checkbox"/> 7. 指定期日換證 |              |     |                       |
| 姓名     |   | 身分證統一編號  |              |     |                       |
| 性別     | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他   | 出生日期   | 民國 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   | 街            |     |                       |
| 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   | 街            |     |                       |
| 公文送達地址 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址  |  |              |     |                       |
|        | <input type="checkbox"/> 同居住地址  |  |              |     |                       |
|        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | 縣 鄉鎮 村   | 鄰 路 段        | 巷 弄 | 號 樓                   |
|        |   | 市 市區 里   | 街            |     |                       |
| 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)<br><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<br><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<br><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: )<br><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：_____）<br><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 | 聯絡電話  | 聯絡手機  |     |
|      | <input type="checkbox"/> 同申請人<br>居住地址   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號<br>市 市區 里 街 弄 樓 |     |

## 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 | 聯絡電話  | 聯絡手機  |       |
|      | <input type="checkbox"/> 同申請人<br>居住地址   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 號<br>市 市區 里 街 弄 樓 |       |

## 四、本次鑑定障礙類別

|                |   |
|----------------|---|
| 新增鑑定<br>現制障礙類別 | <input type="checkbox"/> 第1類神經系統構造及精神、心智功能<br><input type="checkbox"/> 第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛<br><input type="checkbox"/> 第3類涉及聲音與言語構造及其功能<br><input type="checkbox"/> 第4類循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能(心臟、血管或呼吸器官)<br><input type="checkbox">第5類消化、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)<br/> <input type="checkbox"/>第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿)<br/> <input type="checkbox"/>第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能<br/> <input type="checkbox"/>第8類皮膚與相關構造及其功能 </input> |
|----------------|---|



