

嘉義縣身心障礙者申請重新鑑定衍生自費檢查費用補助要點

106年1月5日府授衛醫字第1060004884號函

- 一、嘉義縣政府為補助身心障礙者申請重新鑑定，所衍生自費檢查費用，以減輕其經濟負擔，特訂定本要點。
- 二、本要點所稱身心障礙者申請**重新鑑定**指領有身心障礙手冊或身心障礙證明，因有效期間屆滿辦理重新鑑定者。
- 三、補助對象應符合下列補助條件：
 - (一)自申請前設籍嘉義縣超過一百八十日；依法領有身心障礙手冊(證明)者。
 - (二)領有低收入戶證明、中低收入戶證明或身心障礙者生活補助證明。
 - (三)檢查地點為各縣(市)政府指定之身心障礙鑑定機構為限。
 - (四)申請類別應為第二類「眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛」之**視覺功能或聽覺功能**。
- 四、補助金額以健保不給付，自行負擔之檢查費用為主，範圍如下：
 - (一)診察費。
 - (二)檢查費或檢驗費。前項補助金額以實付之數額認定，應檢附當年度醫療收據；且當年度相同類別之檢查項目以一次為限。
- 五、申請者應提出下列文件，以郵寄或親送方式向嘉義縣衛生局（以下簡稱本縣衛生局）提出申請：
 - (一)申請表。
 - (二)身分證影本。
 - (三)身心障礙手冊或證明正反面影本。
 - (四)低收入戶證明或中低收入戶證明或身心障礙者生活補助證明正本。
 - (五)醫療收據正本。
 - (六)申請人金融機構存摺影本。
 - (七)受委託人身分證正反面影本（無免填）。
- 六、申請流程：

(一)本縣衛生局受理後，應即審核文件，如應補正者，應以書面通知申請人於七個工作天內補正；屆期不補正或補正仍不完備者，應以書面駁回。

(二)經審核合格後，由本縣衛生局進行經費核銷與撥付作業。

七、申請人提出申請時，所檢具之文件及相關證明資料如有不實，涉及刑事責任者，移送司法機關辦理。已補助者，應撤銷並繳回補助金額。

八、補助所需經費由本縣衛生局編列預算支應，補助費用以年度預算額度用罄為止。

嘉義縣身心障礙者申請重新鑑定衍生自費檢查費用申請表

申請者基本資料	姓名：_____ 出生日期：_____ 身分證字號：_____ 障礙類別： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 (<input type="checkbox"/> 視覺功能 <input type="checkbox"/> 聽力功能) <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 (<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽力障礙) 戶籍地址：_____ 聯絡電話：_____ 手機：_____	
補助項目及申請金額	<input type="checkbox"/> 診察費	金額：_____元
	<input type="checkbox"/> 檢查(驗)費	金額：_____元
	合計金額：_____元	
應備文件	1. <input type="checkbox"/> 申請表 2. <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 3. <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明正反面影本 4. <input type="checkbox"/> 低收入戶證明或中低收入戶證明或身心障礙者生活補助證明正本 5. <input type="checkbox"/> 醫療收據正本 6. <input type="checkbox"/> 申請人金融機構存摺影本(台灣銀行免除手續費 30 元) 7. <input type="checkbox"/> 受委託人身分證正反面影本(無免填)	
簽章	申請人(簽章)：_____ 中 華 民 國 年 月 日	
代理委託書		
申請人：_____ (簽章) 已瞭解申請重新鑑定衍生自費檢查費用相關事宜，委託受委託人：_____ (簽章) 關係_____ 代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決有虛報不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。		
受委託人聯絡電話：_____ 聯絡地址：_____		

衛生局審核	<input type="checkbox"/> 符合 補助金額：_____元整 <input type="checkbox"/> 不符合 原因：_____ 承辦人員： 科長： 審核日期： 年 月 日	
--------------	--	--

文件黏貼處

申請人身分證影本（正面）	申請人身分證影本（背面）
--------------	--------------

申請人身心障礙手冊或證明影本（正面）	申請人身心障礙手冊或證明影本（背面）
--------------------	--------------------

受委託人身分證影本（正面）	受委託人身分證影本（背面）
---------------	---------------

文件黏貼處

醫療費用收據正本

金融機構影本