**臺北市政府衛生局身心障礙申請到宅(機構)鑑定申請書**

1070727修訂

 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  個案姓名  |  身分證字號 |  出生日期  |
|  |  | 年 月 日 |
| 個案戶籍地址： |
| 個案鑑定所在地址 | 居住地址： |
| 機構名稱： 機構電話： |
| 個案診斷及現況：因 (□全癱無法自行下床/ □需二十四小時使用呼吸器或維生設備 / □長期重度昏迷/ □其他 ) (請勾選)屬實。目前於(□醫院 □住宅 □養護中心 □護理之家 □長照機構) (請勾選) 。為辦理身心障礙者鑑定，請貴局指派鑑定醫院醫師及相關人員前往個案所在處鑑定。 |
| **□檢附個案現持有之身心障礙者證明或身心障礙手冊影本，供鑑定人員參酌** |
| 請勾選申請到宅(機構)鑑定之類別**(請參考背面對照表)**：□第一類 神經系統構造及精神、心智功能□第三類 涉及聲音與言語構造及其功能□第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能□第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能□第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 □第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 | 1. □初次申請鑑定

 1. □重新申請鑑定:

 原始鑑定: 1. □新增申請鑑定

 類別  |
|  代辦人姓名 |  與個案關係 |  聯絡電話 |
|  |  | 1：2： |
| 代辦人地址： |
| 備註：依據「身心障礙者鑑定作業辦法」第10條規定辦理，目前僅全癱無法自行下床、需二十四小時使用呼吸器或維生設備、長期重度昏迷、其他特殊困難，經所在地之直轄市、縣（市）衛生主管機關公告者，符合申請到宅(機構)鑑定資格。 |

**新制(8類)與舊制(16類)身心障礙類別及代碼對應表**

 說明：身心障礙証明將註記新制類別及舊制代碼

| 新制身心障礙類別 | 舊制身心障礙類別代碼 |
| --- | --- |
| 代碼 | 類別 |
| 第一類 神經系統構造及精神、心智功能 | 06 | 智能障礙者 |
| 09 | 植物人 |
| 10 | 失智症者 |
| 11 | 自閉症者 |
| 12 | 慢性精神病患者 |
| 14 | 頑性（難治型）癲癇症者 |
| 第二類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 | 01 | 視覺障礙者 |
| 02 | 聽覺機能障礙者 |
| 03 | 平衡機能障礙者 |
| 第三類 涉及聲音與言語構造及其功能 | 04 | 聲音機能或語言機能障礙者 |
| 第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 | 07 | 重要器官失去功能者-心臟 |
| 07 | 重要器官失去功能者-造血機能 |
| 07 | 重要器官失去功能者-呼吸器官 |
| 第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 | 07 | 重要器官失去功能-吞嚥機能 |
| 07 | 重要器官失去功能-胃 |
| 07 | 重要器官失去功能-腸道 |
| 07 | 重要器官失去功能-肝臟 |
| 第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 | 07 | 重要器官失去功能-腎臟 |
| 07 | 重要器官失去功能-膀胱 |
| 第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 | 05 | 肢體障礙者 |
| 第八類 皮膚與相關構造及其功能 | 08 | 顏面損傷者 |
| 備註：依身心障礙者狀況對應第一至八類 | 13 | 多重障礙者 |
| 15 | 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 |
| 16 | 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) |