

臺北市身心障礙證明申請表

一、個人基本資料

112.06修訂

申請項目	身心障礙證明	<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 <input type="checkbox"/> 6. 無須重新鑑定換證 <input type="checkbox"/> 7. 指定期日換證						
姓名		身分證字號						
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期	年	月	日			
戶籍地址	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							
	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰	路 街	段	巷 弄	號 樓
公文送達地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址							
	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	鄰	路 街	段	巷 弄	號 樓
連絡電話	(H) (O)		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. 個人服務業 <input type="checkbox"/> 6. 自由業 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(如住院中)_____							
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 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"/> 客家語 <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"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 其他:(如輔具)_____							
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"/> 1. 先天(出生即有) <input type="checkbox"/> 2. 疾病 <input type="checkbox"/> 3. 意外 <input type="checkbox"/> 4. 交通事故 <input type="checkbox"/> 5. 職業傷害 <input type="checkbox"/> 6. 其他					致障時間	民國_____年	

二、聯絡人

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		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: _____)					
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話			聯絡手機		
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 同公文送達地				

三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	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：				
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"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 同公文送達地			

四、本次鑑定障礙類別

新增鑑定 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 <input type="checkbox"/> 第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 第3類涉及聲音與言語構造及其功能 <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) <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) <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) <input type="checkbox"/> 第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第8類皮膚與相關構造及其功能
重新鑑定 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 <input type="checkbox"/> 第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 第3類涉及聲音與言語構造及其功能 <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) <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) <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) <input type="checkbox"/> 第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第8類皮膚與相關構造及其功能

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(即到宅鑑定，須另檢附診斷證明)
需求評估 場所	<input type="checkbox"/> 併同辦理 (<input type="checkbox"/> 臺北市立聯合醫院： <input type="checkbox"/> 松德院區/ <input type="checkbox"/> 仁愛院區/ <input type="checkbox"/> 陽明院區 <input type="checkbox"/> 臺北市立萬芳醫院 <input type="checkbox"/> 臺北醫學大學附設醫院 <input type="checkbox"/> 臺北長庚紀念醫院 <input type="checkbox"/> 新光財團法人吳火獅紀念醫院) <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：)

六、福利服務需求項目勾選

無申請需求
有申請需求(請勾選以下選項)
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. 身心障礙者經濟補助(請續就以下項目勾選)
生活補助費 日間照顧費用補助 住宿式照顧費用補助 醫療費用補助
居家照顧費用補助 輔具費用補助 房屋租金補助 購屋貸款利息補貼
購買停車位貸款利息補貼 承租停車位補助

★以下服務將於證明核發後，由需求評估社工人員主動與您電話聯繫說明福利服務內容

5. 身心障礙者個人照顧服務及 6. 身心障礙者家庭照顧者服務

以上各項身心障礙者補助與福利服務皆須經過評估或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，並同意本局寄送相關福利資訊及提供服務。

申請人簽章：

填表日期： 年 月 日

-----代理/辦人身分證明文件，請浮貼於此處-----

說明：

- 一、申請人應繳驗身分證正背面影本（未滿14歲者得檢附戶口名簿影本）、印章(或簽名)及最近3個月內(或足可辨識)1吋半身照片3張、身心障礙證明（初次鑑定者免持），所檢附資料係用於身心障礙鑑定與需求評估作業，中央及地方主管機關將依個人資料保護法妥善管理。
- 二、由法定代理人或受委託之他人代為辦理者，應檢附受委託人之個人身分證明文件及印章(或簽名)。
- 三、依身心障礙者鑑定作業辦法第11條規定：「有下列情形之一者，申請人得向直轄市、縣（市）衛生主管機關申請指定鑑定機構指派合格鑑定人員至申請人居住地鑑定之：一、全癱無法自行下床。二、需二十四小時使用呼吸器或維生設備。三、長期重度昏迷。四、其他特殊困難，經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關認定。」
- 四、對鑑定結果有異議時，應於收到鑑定結果次日起三十日內向戶籍所在地區公所申請複檢（逾期者不予受理），以一次為限，並負擔百分之四十之鑑定費；異議成立時，將全額退還。
- 五、取得身心障礙證明後，健保費及勞、公、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，可申請保險費補助方式變更（不列入媒體交換），詳參社會局網站：<https://dosw.gov.taipei/>→身心障礙者參加社會保險保險費補助。

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、福利與服務需求評估相關事宜，委託（授權）受委託人（身分證統一編號：_____）：_____【簽章】（關係：_____）代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行解決；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。

◎若民眾無法於身心障礙證明有效期限屆滿前申請或完成重新鑑定者，請檢具應備文件(包含:申請人身心障礙證明正本及身份證正背面影本)至本市任一區公所社會課辦理效期展延，以維護民眾社會福利權益。