

臺北市府衛生局身心障礙申請到宅(機構)鑑定申請書

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	居住地址：	
所在地址	機構名稱：	機構電話：
個案診斷及現況： 因 (<input type="checkbox"/> 全癱無法自行下床/ <input type="checkbox"/> 需二十四小時使用呼吸器或維生設備 / <input type="checkbox"/> 長期重度昏迷/ <input type="checkbox"/> 其他 _____) (請勾選)屬實。 目前於(<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 養護中心 <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 第一類 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 第三類 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功 <input type="checkbox"/> 第六類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能		1. <input type="checkbox"/> 初次申請鑑定 2. <input type="checkbox"/> 重新申請鑑定： 原始鑑定：_____ 3. <input type="checkbox"/> 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：身心障礙證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)