

茲證明本里里民 _____ 先生(女士) 目前居住
_____ 市 _____ 區 _____ 路街 _____ 巷
_____ 弄 _____ 號 _____ 樓(醫院 住宅 養護中心) (請勾選)，
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。

今為辦理身心障礙者鑑定，欲鑑定類別為 (_____) 類，
請 貴局指派鑑定醫院醫師前往個案(醫院 住宅 養護中心)處鑑定。

代辦人(簽章)： _____ 與個案關係：

個案戶籍地址：臺北市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰
_____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

聯絡電話 _____：

里長(簽章) _____：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：一、依據「身心障礙者鑑定作業辦法」第 11 條規定辦理，目前僅全癱無法自行下床、長期重度昏迷及需二十四小時使用呼吸器或維生設備符合申請資格。

二、依臺北市政府衛生局 98 年第 1 次身心障礙鑑定小組委員會會議決議：
「原則上仍需檢具診斷證明書（不限公私立醫院），若無法取得診斷證明書者，請提供近期就診(醫)紀錄及里長開具證明（如「身心障礙者到宅鑑定里長證明」），惟如鑑定醫師對該鑑定之適法性有爭議或對該鑑定結果有疑義時，衛生局得再要求申請人檢具最後一次診斷證明書」辦理。