

備註：

1. 醫療輔具評估，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構辦理；申請人因特殊情況，於輔具評估單位或鑑定機構進行評估顯有困難者，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之輔具評估單位或鑑定機構至居住處所進行評估。
2. 本申請書所列醫療輔具項目與身心障礙者輔具補助辦法規定之生活輔具項目合併計算，每人每二年依實際需要，以補助四項為原則；醫療輔具項目使用尚未達最低使用年限、申請項目二年已逾四項或未符合補助條件而確有使用輔具項目之需求者，得由直轄市、縣(市)主管機關專案補助之。
3. 本申請書之診斷證明書須為三個月內所開立；申請人為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之收案對象者，本標準醫療輔具編碼1至5項之診斷證明書，得由該計畫之訪視醫師開具，並檢附該計畫之居家訪視紀錄單；居家訪視紀錄單應載明訪視單位及訪視醫師之簽章。
4. 本申請書醫療輔具編碼1至9項保固書應載明產品規格：含本標準所定醫療輔具項目之規格或功能規範內容、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。
5. 本申請書醫療輔具編碼10至21項保固書應載明產品規格：含保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話。
6. 本申請書醫療輔具編碼7至9項得以租賃方式為之；租賃契約書應載明規格：含本標準所定醫療輔具項目之規格或功能規範內容、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關核准之醫療器材許可證字號。
7. 補助對象已接受衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署或其他相關同項補助者(如：罕見疾病醫療補助專案、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫...等)，不得重複申請本標準之補助項目。

委 託 書

本人_____ (簽名) 茲因：重病 不識字 行動不便

其他_____ (請說明)，無法親自辦理申請身障輔

助器具補助，特委託_____ (簽名) 持本人之身分證/身障手冊影本等相關申請輔具補助應備文件及本委託書，代為申請辦理，如有不實，願負法律責任。

此致

宜蘭縣政府

委託人： (簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受託人： (簽章) 與委託人關係：

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

連絡地址：

(委託人及受託人需檢附身分證正反面影本或足資證明與委託人關係之證明文件)

中 華 民 國 年 月 日