**花蓮縣政府衛生局身心障礙到宅鑑定申請書**

申請日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人資料診斷現況 | 申請人姓名： 身分證字號：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) (請依照實際狀況勾選)。無法自行前往鑑定醫院進行鑑定，請貴局協助指派鑑定團隊前往個案所在處。 |
| 申請人現居地址(到宅鑑定地點) | 縣 鄉 村 鄰 號 □居家□住宿式照顧機構名稱：　　　　　　　　　　　電話： |
| 代理人資料 | 姓名：　　　　　　　(簽章)與個案關係：地址： 縣 鄉 村 鄰 號聯絡電話(日):　　　　　　　　(夜):行動電話: |
| 申請人近一年曾於哪家醫院診療 |  |
| 本次申請到宅鑑定類別(可複選) |
| □1.神經系統構造及精神、心智功能　　　□5.消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能□2.眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛　□6.泌尿與生殖系統相關構造及其功能□3.涉及聲音與言語構造及其功能　　　　□7.神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能□4.循環造血免疫與呼吸系統構造及其功能□8.皮膚與相關構造及其功能 |
| 檢附文件 | □一、身心障礙者到宅鑑定書□二、3個月內診斷證明書□三、一吋照片三張□四、身分證影本或戶口名簿影本□五、身心障礙鑑定表□六、非初次申請者：原持有身心障礙者證明或身心障礙手冊影本 |