

	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
--	--

二、監護人 (聯絡人)

姓名		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: _____)		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機	
	居住地址	□□□	縣 鄉鎮 村 鄰 市 市區 里	路 段 巷 號 街 弄 樓

三、主要照顧者【同監護人，以下免填】

姓名		出生日期	年月日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
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"/> 其他		
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話		聯絡手機
	居住地址	□□□	縣 鄉鎮 村 鄰 市 市區 里
			路 段 巷 號 街 弄 樓

四、本次鑑定障礙類別

重新鑑定 舊制障礙類別	<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 造血機能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病 <input type="checkbox"/> 頑性（難治型）癲癇症 <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 肝臟 <input type="checkbox"/> 呼吸器官 <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 腸道 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷
新增鑑定 現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿) <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 其他
重新鑑定 現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿) <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 其他

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（須另檢附診斷證明書）
需求評估場所	<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：) <input type="checkbox"/> 併同辦理（醫院名稱： ; 醫院所在地： 縣/市） 備註：選擇併同辦理鑑定方式，必須配合指定醫院的門診時間與診次，不得指定醫師
溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語（ <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家話 <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"/> 手譯 <input type="checkbox"/> 其他：
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 戰爭 <input type="checkbox"/> 其他
致障時間	民國_____年

六、福利服務申請項目

無申請需求， 需要社會工作人員主動聯繫、 不需要社會工作人員主動聯繫

有申請需求（請續勾選下列項目）

- 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.身心障礙者個人照顧服務（請續就以下項目勾選）
 - 居家照顧（居家護理 居家復健 身體照顧及家務服務 送餐服務
友善服務）
 - 生活重建 心理重建 社區居住 婚姻及生育輔導 家庭托顧
 - 日間照顧服務 社區日間作業設施服務 全日型住宿式照顧
 - 夜間住宿式照顧 課後照顧
 - 自立生活支持服務 行為輔導 情緒支持 復康巴士 輔具服務
- 5.身心障礙者家庭照顧者服務（請續就以下項目勾選）
 - 臨時及短期照顧 照顧者支持 照顧者訓練及研習 家庭關懷訪視及服務
- 6.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
- 7.身心障礙者所有且供本人使用車輛（車號：_____）申請免徵使用牌照稅。
- 身心障礙者具備駕照
- 身心障礙者不具備駕照

聯絡電話：

※備註：

1.若審核符合免稅規定，自身心障礙證明核發日起免徵，是否准予免徵，由地方稅務局主動通知。

