

## 身心障礙證明申請表

## 一、個人基本資料

縣市		鄉鎮市區				照片黏貼處
申請項目	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明申請	<input type="checkbox"/> 1. 初次申請 <input type="checkbox"/> 2. 異議複檢(評) <input type="checkbox"/> 3. 屆期重鑑 <input type="checkbox"/> 4. 自行申請變更(須檢附3個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 5. 再次申請(須檢附3個月內診斷證明書) <input type="checkbox"/> 6. 無須重新鑑定換證 <input type="checkbox"/> 7. 指定期日換證				
姓名		身分證統一編號				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	出生日期	民國 年 月 日			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 弄 樓					
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 弄 樓					
公文送達地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 市 市區 里 鄰 街 弄 樓					
聯絡電話	手機					
傳真	電子信箱					
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 不識字 <input type="checkbox"/> 2. 幼兒園 <input type="checkbox"/> 3. 小學 <input type="checkbox"/> 4. 國中 <input type="checkbox"/> 5. 高中(職) <input type="checkbox"/> 6. 專科 <input type="checkbox"/> 7. 大學 <input type="checkbox"/> 8. 碩士(含以上)					
職業狀況	<input type="checkbox"/> 1. 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 2. 工礦 <input type="checkbox"/> 3. 商 <input type="checkbox"/> 4. 軍公教 <input type="checkbox"/> 5. 服務業 <input type="checkbox"/> 6. 自由業 7. 無( <input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 不在學) <input type="checkbox"/> 8. 其他: _____					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1. 獨居 <input type="checkbox"/> 2. 與家屬同住 <input type="checkbox"/> 3. 機構名稱: _____ <input type="checkbox"/> 4. 其他: _____					
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 一般戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶					
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"/> 手語 <input type="checkbox"/> 其他:					
照顧負荷狀況	<input type="checkbox"/> 1. 家中尚有其他 35 歲以上身心障礙者, _____ 位 <input type="checkbox"/> 2. 家中尚有其他 35 歲以下身心障礙者, _____ 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					
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天(出生即有) <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"/> 其他					

致障時間	民國_____年
------	----------

二、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 <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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 市區 里 鄰 街 段 弄 樓	

三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名		出生日期	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣 鄉鎮 村 路 巷 號 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 市區 里 鄰 街 段 弄 樓	

四、本次鑑定障礙類別

新增鑑定現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 第1類神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 第3類涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第4類循環、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"/> 第5類消化、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"/> 第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿) <input type="checkbox"/> 第7類神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第8類皮膚與相關構造及其功能
重新鑑定現制障礙類別	<input type="checkbox"/> 第1類神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 第2類眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 第3類涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 第4類循環、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"/> 第5類消化、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"/> 第6類泌尿與生殖系統相關構造及其功能(腎臟或排尿)

