

# 基隆市身心障礙鑑定者居家鑑定申請表

申請日期：      年      月      日

<u>身心障礙鑑定者基本資料</u>			
姓 名		身分證字號	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年      月      日
戶籍所在地	縣      鄉鎮      村 市      市區      里	路      巷      號 鄰      段      弄      樓	
居住(鑑定) 地 址	縣      鄉鎮      村 市      市區      里	路      巷      號 鄰      段      弄      樓	
居家鑑定 要件	<input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 長期重度昏迷 <input type="checkbox"/> 全癱無法自行下床 <input type="checkbox"/> 需二十四小時使用呼吸器或維生設備 (需檢附身心障礙鑑定者由醫療機構開出之3個月內醫療診斷書或病歷摘要)		
正面		背面	
身心障礙鑑定者身分證影本黏貼處			
<u>申請人基本資料</u>			
姓 名		身分證字號	
與身心障礙鑑定者關係	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 親戚(稱謂：      ) <input type="checkbox"/> 安置機構人員(職稱：      ) <input type="checkbox"/> 其他(請說明      )		
聯絡電話		行動電話	

備註：

1. 鑑定機構會以電話聯繫安排鑑定時間，請確保聯絡電話通暢並配合鑑定機構排定時間。