基隆市身心障礙鑑定者異議複檢申請聲明書

申請人：＿＿＿＿＿＿＿＿；身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿。

本人因收到基隆市政府　　年　　月　　日發給本人有關身心障礙證明或鑑定結果之公文（需檢附該公文影本）。

對身心障礙鑑定之 **□障礙類別**　**□障礙向度**　**□障礙等級** 結果不服，依「身心障礙者權益保障法」第 13 條規定，提出異議複檢，申請重新鑑定。

1. 本人同意配合由原指定鑑定醫院，辦理重新鑑定。
2. 本人同意依規定支付指定鑑定醫院 40%鑑定費，並妥善保存收據，異議成立時，憑該收據向指定鑑定醫院辦理退費。異議不成立時，則不得向指定鑑定醫院或本府相關單位申請退費。
3. 本人知悉依規定僅有一次異議複檢之申請權利，如對複檢結果仍有不服，將另依相關規定辦理。

申請人（簽章）

申請日期：　　年　　月　　日。

申請人戶籍所在區公所 （受理簽章）	基隆市衛生局 （受理簽章）