

身心障礙者姓名		身分證 統一編號										
核定補助項目												
聯絡電話	(H) (F)											(O) (手機)
戶籍地址	□□□□--□□											
公文送達處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：											
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 領據(請蓋印章，並參照輔具評估報告，填寫正確的輔具名稱及補助金額) <input type="checkbox"/> 2. 身障者本人存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 縣府核准公文/簡易核准通知正本 <input type="checkbox"/> 4. 輔具供應商出具保固書之影本(保固書正本由申請人留存)。保固書應載明產品規格(含身心障礙者輔具費用基準表所定輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、保固年限及起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、保固服務聯繫電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。 <input type="checkbox"/> 5. 統一發票或收據正本(依據核准公文日期於6個月內申請核銷。註：6個月之核銷期限之定義：可跨年度於6個月內購買輔具再申請核銷) <input type="checkbox"/> 6. 補助輔具總金額超過1萬元以上，檢附身心障礙者使用輔具之照片，一項器材一張照片(相片請整齊黏貼於A4紙上或者電腦列印) <input type="checkbox"/> 7. 其他應備文件(依申請項目檢附不同之文件。應備文件係內政部「身心障礙者輔具費用補助辦法」(以下簡稱本辦法)、「身心障礙者輔具費用補助基準表」及衛生福利部訂定之「身心障礙者醫療復建所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」、「醫療費用及醫療輔具補助標準表」等相關規定。											
切結書	茲具結 _____ (或受託人)確實已購買本府核定補助之輔助器具，並已在使用中，另本人(受託人)已詳閱本表並確實填寫提供上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。另本人(受託人)所申請項目並未超過「每人每2年度以申請4項輔具補助」之規定，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回。 本人簽章： _____ 受託人簽章： _____ 申請及切結日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日											
代理申請委託(授權)書(本人申請不需填寫)												
即申請人： _____ 【簽章】已瞭解並將申請本辦法及基準表相關規定事宜，委託(授權)受委託人： _____ 【簽章】(關係： _____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。												
審 核 結 果												
初審意見	<input type="checkbox"/> 符合規定 核定金額： _____						<input type="checkbox"/> 不符合規定： _____					
收件審核核章	承辦人			課長/輔具中心組長			鄉鎮(市)長/輔具中心主任					
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定 核定金額： _____						<input type="checkbox"/> 不符合規定： _____					
縣政府/衛生局核章	承辦人			科長			處長/局長					