

新竹縣 鄉/鎮/市公所身心障礙者生活輔助器具補助費申請表 112 年適用

身 心 障 礙 者 姓 名		身 分 證 字 號																	
出生日期	民國____年____月____日			聯 絡 電 話		(家用) (行動)													
障 礙 類 別 等 級	第 類 度【ICF 碼】																		
戶 籍 地 址	新竹縣 鄉/鎮/市			經 濟 狀 況		☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶 (附福利資格確認表) ☐ 低收入戶 (附福利資格確認表)													
公 文 送 達 處 所	☐ 同戶籍地址 ☐ 其他:																		
申 請 輔 具 項 目	編號	項次	項目																
	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
應 備 文 件	☐ 1.身心障礙證明 (查驗後歸還)。 ☐ 2.國民身分證 (查驗後歸還)。 ☐ 3.印章 (簽章處蓋章)。 ☐ 4.三個月內診斷證明書(須註明症狀及所需輔具名稱) ☐ 5.三個月內輔具評估報告書正本 (申請人應自存影本 1 份以利購置輔具)。 ☐ 6. 其他文件 (4-5 項係依申請項目檢附不同之文件, 應備文件依本辦法、基準表及其他相關規定)。																		
注 意 事 項	1. 申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具補助年限, <u>每人每 2 年度以申請 4 項輔具補助為限 (合併醫療輔具補助項次計算)</u> 。以詐術或其他不法行為申請或領取補助者, 本縣將不予補助或停止補助, 已補助者將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 2. 本府委託財團法人伊甸社會福利基金會新竹分事務所辦理新竹縣輔具資源中心, 提供必須由輔具中心開立輔具評估書之服務。中心資訊如下: (1)新竹縣北區輔具資源中心電話: 03-5527316 (新竹縣竹北市福興東路一段 1 號)。 (2)新竹縣南區輔具資源中心電話: 03-5111015 (新竹縣竹東鎮長春路一段 194 號)。 3. 輔具項目按輔具費用補助基準表規定, 若需檢附醫師診斷書及評估建議書者, 請先依醫師診斷、評估人員評估後依建議事項購買, <u>若已先購買輔具再開立輔具評估報告書者, 不予補助</u> 。 4. <u>最近 1 年居住國內需超過 183 日</u> 。 ※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「 <u>每人每 2 年度以申請 4 項輔具補助</u> 」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 (受託人) 簽章: _____ 申請日期 _____ 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	☐ 符合規定 ☐ 不符合規定:																		
收 件 審 核	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	☐ 符合規定 ☐ 不符合規定:																		
縣 政 府 審 核	承 辦 人			科 長							處 長								