

彰化縣失能老人輔具購買改善補助申請書

鄉鎮市別：

失能老人(或受託人)簽章：

申請資料	失能老人姓名		身分證字號			
			出生年月日	年	月	日
	受託人姓名		失能老人戶籍地址			
	出生年月日	年 月 日	與失能老人關係	申請日期	年 月 日 (送件日)	
	身分證字號					
	聯絡地址				電話	
	購買公司名稱			補助項目名稱		
	購買金額			購買日期		
	失能老人失能程度	輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/>		身障手冊障礙類別		
					輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重 <input type="checkbox"/>	
檢附證件(請勾選)	<input type="checkbox"/> 彰化縣失能老人輔具購買改善補助申請書 <input type="checkbox"/> 輔具核准函(正)本 <input type="checkbox"/> 輔具評估報告 <input type="checkbox"/> 切結書(委託他人申請者請填寫,並檢附受託人身分證正反面影本) <input type="checkbox"/> 統一發票或收據(買受人、品名、單價、數量、金額需詳填) <input type="checkbox"/> 輔具買賣保固切結書 <input type="checkbox"/> 輔具及使用輔具中照片 <input type="checkbox"/> 失能老人或受託人郵局存款簿封面影本 <input type="checkbox"/> 彰化縣擴大服務需求~失能老人輔具服務方案切結書 <input type="checkbox"/> 彰化縣擴大服務需求~失能老人輔具服務方案委託書 <input type="checkbox"/> 其他					
<input type="checkbox"/> 初審—鄉鎮市公所			<input type="checkbox"/> 初審—特約廠商			
<input type="checkbox"/> 符合補助規定 元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定,原因:			<input type="checkbox"/> 符合補助規定,補助 元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定,原因:			
承辦人員: 社會(民政)課長: 鄉鎮市長:			特約廠商(店名職章):			
<input type="checkbox"/> 複審—衛生局 <input type="checkbox"/> 符合補助規定,補助 元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定,原因:			<input type="checkbox"/> 複審—衛生局 <input type="checkbox"/> 符合補助規定,補助 元整。 <input type="checkbox"/> 不符合補助規定,原因:			
備註:補助申請文件請依照順序排列(請務必填寫、勾選、用印完整,否則退還補正)。						

切 結 書

具切結書人(失能老人)

茲申請失能老人輔具購買

及居家無障礙環境改善補助，願遵守一切規定；並保證所申請補助

補助器具名稱： (各補助項目最

低使用年限依內政部公告標準為主，各補助項目於使用年限前，不

得重複申請補助)，係未獲政府醫療補助或社會保險給付，如有以詐

欺或其他不正當行為領取補助費，或為虛偽之證明、報告、陳訴及

申報補助費用者，除接受核發之主管機關追回已發之補助費用外，

並接受法律處分，特立此切結書為憑。

此 致 — 彰化縣衛生局

受託人：

【蓋章】



與失能老人關係：

身分證字號：

住 地：

電 話：

地址：受託人之身分證正面影本

(身分證影本為雙面時，請浮貼)

受託人之身分證反面影本

中 華 民 國 年 月 日

(表格不敷使用時請自行影印)

輔具買賣保固切結書

立切結廠商_____ (公司、行、號)確實於____年____月____日售予
設籍彰化縣_____鄉鎮_____村_____路
_____市_____里_____鄰_____街_____巷_____弄_____號
樓_____君為失能者(或身心障礙者)生活輔助器具，正確無訛，如有不
實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合彰化縣政府輔助器具補助相關
規定中須開立輔具評估報告建議書之內容、規格與功能，經驗測若有不符，願
配合改善或更換。

輔具名稱：_____數量：_____

品牌：_____型號：_____規格：_____

配件：(無則免填)_____

保固期：____年____月____日至____年____月____日 有保養修復之責。

附加(勾選)：

中文保證書畫(含經銷商名稱、地址製造商名稱、地址製造號碼或批號)

其他認證文件_____

中文使用說明書

醫療器材許可證字號：_____

售出價款計新台幣： 萬 仟 佰 拾 元整

此致

彰化縣衛生局

售出單位(公司行號)：_____ (請蓋章)

負責人：_____ (請蓋章)

營利事業統一編號：_____

營業所地址：_____

電話號碼：_____

(上表請填具詳細完整)

中 華 民 國 年 月 日

(表格不敷使用時請自行影印)

照片張貼表

輔具購買或居家無障礙環境改善照片 黏貼處

注意事項：

- 一、 輔具請張貼購買之輔具照片。
(流體壓力床墊、氣墊床及流體壓力輪椅座墊、輪椅氣墊座項目請將外罩掀開)
- 二、 居家無障礙環境改善請張貼施工前環境之照片。

輔具購買或居家無障礙環境改善照片 黏貼處

注意事項：

- 一、 輔具請張貼申請人使用輔具中之照片。
- 二、 居家無障礙環境改善請張貼施工後環境之照片。

(表格不敷使用時請自行影印)

照片張貼表

輔具購買或居家無障礙環境改善照片 黏貼處

注意事項：

- 一、 輔具請張貼購買之輔具照片。
(流體壓力床墊、氣墊床及流體壓力輪椅座墊、輪椅氣墊座項目請將外罩掀開)
- 二、 居家無障礙環境改善請張貼施工前環境之照片。

輔具購買或居家無障礙環境改善照片 黏貼處

注意事項：

- 一、 輔具請張貼申請人使用輔具中之照片。
- 二、 居家無障礙環境改善請張貼施工後環境之照片。

(表格不敷使用時請自行影印)

彰化縣失能老人輔具購買切結書

1. 受託人_____ 確認醫療廠商_____ 代為申請。
2. 購買輔具_____，合計
新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整，已
由廠商_____ 於購買輔具時直接扣除補助費用(發票金
額_____元整，實付_____元整)，並保證已提供完整資料供申請補
助款，若有不實，願退還全額已領取之補助款，並接受法律制裁。

以上聲明經受託人確認無誤，特立此切結書為憑。若有不實或重複申請輔具補助之情形，願負一切法律責任。

此致

_____ 醫療廠商

立切結書人(受託人)：_____ (請簽名並蓋章)

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

彰化縣失能老人輔具購買委託書

失能老人_____委託受託人_____，購買輔具，輔具名稱_____，確認醫療廠商_____代為申請。所送資料絕無違法作假之等情事，否則願退還全額已撥付之補助款，並接受法律制裁。

此致

_____醫療廠商

失能老人：_____（請簽名或蓋章）

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

立切結書人(受託人)：_____（請簽名並蓋章）

身分證字號：

與失能老人關係：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日