

# 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		年 月 日	
	失能老人戶籍地址		出生年月日			
	居住地址		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：			
	受託人姓名		身分證字號		年 月 日	
	受託人出生年月日		申請日期		年 月 日 (廠商送核銷日)	
	與失能老人關係		連絡電話		申請日期	
	失能等級		第 級		身分別 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶	
	購買輔具特約廠商名稱		補助輔具項目名稱			
	購買總金額		購買日期			
	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)本或核定表(綠聯) <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"/> 輔具買賣保固切結書 <input type="checkbox"/> 統一發票或免用統一發票收據(廠商檢附繳稅單) (買受人、身分證號碼、失能等級、品名、單價、數量、金額需詳填) <input type="checkbox"/> 輔具及使用輔具照片 <input type="checkbox"/> 彰化縣失能老人輔具購買切結書 <input type="checkbox"/> 彰化縣失能老人輔具購買委託書 <input type="checkbox"/> 其他			

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)。

<input type="checkbox"/> 初審—特約廠商	<input type="checkbox"/> 複審—衛生局
<input type="checkbox"/> 符合補助規定 元整。	<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"/> 不符合補助規定,原因:
特約廠商(店名職章):	承辦:

# 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：

【簽名並蓋章】



與失能老人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

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  
彰化縣\_\_\_\_\_鄉鎮\_\_\_\_\_村\_\_\_\_\_路  
\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_里\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_街\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號

樓\_\_\_\_\_君長照失能者輔助器具，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(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

購買憑證

(表格不敷使用時請自行影印)

統一發票或免用統一發票收據 黏貼處

購買憑證

統一發票或免用統一發票收據 黏貼處

(表格不敷使用時請自行影印)

照片張貼表

輔具購買照片  
黏貼處

注意事項：

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)

輔具購買照片  
黏貼處

注意事項：

輔具請張貼申請人使用輔具之照片。

(表格不敷使用時請自行影印)

照片張貼表

輔具購買照片  
黏貼處

注意事項：

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)

輔具購買照片  
黏貼處

注意事項：

輔具請張貼申請人使用輔具之照片。

(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

立切結書人(失能老人或受託人)\_\_\_\_\_確認醫療廠商\_\_\_\_\_

代為申請。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：\_\_\_\_\_ (請簽名並蓋章)



身分證字號：

聯絡電話：

地址：

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：

聯絡電話：

地址：

立切結書人(受託人，無則免填)：\_\_\_\_\_（請簽名並蓋



身分證字號：

與失能老人關係：

聯絡電話：

地址：

中華民國

年

月

日