

# 彰化縣失能老人輔具購買補助申請書

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
	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"/>
	失能老人戶籍地址		與失能老人關係	申請日期 年 月 日(送件日)
	受託人姓名		身分證字號	
			出生年月日	年 月 日
	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	
	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		
<b>申請補助款方式</b>				
<input type="checkbox"/> 初審—鄉鎮市公所 自行購買輔具者,請將申請文件送至當地公所完成初審,本局會將補助款匯入帳戶。		<input type="checkbox"/> 初審—特約廠商 向特約廠商購買輔具者,請將申請文件送至特約廠商完成初審,即可直接扣除補助款,以利特約廠商向本局申請輔具補助款。		
<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:		特約廠商(店名職章):		
社會(民政)課長:				
鄉鎮市長:				
<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 茲申請失能老人輔具購買補助，願遵守一切規定；並保證所申請補助輔助器具名稱： (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：受託人之身份證正面影本  
(身份證影本為雙面時，請浮貼)

受託人之身份證反面影本

中 華 民 國 年 月 日

## 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\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_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

# 收 據

茲收到彰化縣衛生局 年 月 106 年度彰化失能老人  
輔具購買、租借及無障礙環境改善服務評估與追蹤實施計畫服  
務費用，計新臺幣\_\_\_\_\_元整(請用  
大寫金額)，確實無訛。

機構名稱：**(與單位圖記之印章內容一致)**

負責人：

地址：

統一編號：

匯入戶名：

解款行(註明金融機構名稱及分行)：

解款行代號(7碼)：

匯款帳號：

會計：

經手人：

機 構  
關 防

中 華 民 國 年 月 日

-----存--簿--封--面--影--本--黏--貼--處-----