

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

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；並保證所申請補助輔助器具名稱：

（各補助項目最低使用年限依衛福部公告標準為主，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

具切結書人(失能老人或受託人)：

【簽名並蓋章】



與失能老人關係：

身分證字號：

聯絡電話：

地 址：

具切結書人之身分證正面影本

(身分證影本為雙面時，請浮貼)

具切結書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_____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

具切結書人(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

具切結書人：_____ (請簽名並蓋章)



身分證字號：

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(無則免填)_____購買輔具，

輔具名稱_____，確認醫療廠商_____

代為申請補助。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

立切結書人(失能老人或受託人)：_____ (請簽名並蓋章)



身分證字號：

聯絡電話：

地址：

中華民國 年 月 日