

# 彰化縣衛生局長照輔具購買及居家無障礙環境改善給付申請表

申請日期(文件備齊日):      年      月      日

申請人姓名		身分證 統一編號		出生 年月日		年	月	日								
聯絡電話		通訊地址														
受委託人姓名		身分證 統一編號		與申請人 關係		購買 日期										
聯絡地址				聯絡電話												
福利身分別	<input type="checkbox"/> 長照低收入戶 <input type="checkbox"/> 長照中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶(非低收、中低收入戶)															
申請項目 請勾選 (V)	生活輔具(E碼)															
	<input type="checkbox"/> 馬桶增高器 <input type="checkbox"/> 便盆椅 <input type="checkbox"/> 沐浴椅 <input type="checkbox"/> 單支拐杖(不銹鋼製·鋁製) <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 帶輪型助步車 <input type="checkbox"/> 輪椅( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款· <input type="checkbox"/> C款) <input type="checkbox"/> 輪椅附加功能( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款· <input type="checkbox"/> C款) <input type="checkbox"/> 輪椅擺位系統( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款· <input type="checkbox"/> C款· <input type="checkbox"/> D款) <input type="checkbox"/> 移位腰帶 <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 移位轉盤 <input type="checkbox"/> 移位機 <input type="checkbox"/> 人力移位吊帶 <input type="checkbox"/> 移位滑墊( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款)				<input type="checkbox"/> 移位機 <input type="checkbox"/> 移位機吊帶 <input type="checkbox"/> 電話擴音器 <input type="checkbox"/> 電話閃光震動器 <input type="checkbox"/> 火警閃光警示器 <input type="checkbox"/> 門鈴閃光器 <input type="checkbox"/> 無線震動警示器 <input type="checkbox"/> 衣著用輔具 <input type="checkbox"/> 居家用生活輔具 <input type="checkbox"/> 飲食用輔具 <input type="checkbox"/> 氣墊床( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款) <input type="checkbox"/> 輪椅座墊( <input type="checkbox"/> A款· <input type="checkbox"/> B款· <input type="checkbox"/> C款· <input type="checkbox"/> D款· <input type="checkbox"/> E款· <input type="checkbox"/> F款· <input type="checkbox"/> G款) <input type="checkbox"/> 居家照顧用床( <input type="checkbox"/> 無附加功能· <input type="checkbox"/> 附加功能A款· <input type="checkbox"/> 附加功能B款)											
檢具文件 請勾選 (V)	<input type="checkbox"/> 專業治療師或輔具評估人員評估報告書 <input type="checkbox"/> 輔具產品保固書影本 <input type="checkbox"/> 輔具核定通知書(暨公文函)及或核定表綠聯 <input type="checkbox"/> 統一發票(或收據)(需蓋立統一發票專用章/免用統一發票及負責人章,並註明申請人姓名、品名、價格) <input type="checkbox"/> 輔具及使用輔具照片 <input type="checkbox"/> 其他_____															
給付 證明書	本人_____確已收到_____販售(或修繕)之輔助器具,本人同意經廠商申報下列輔具給付額度後,自本人長照輔具服務額度中扣除,所請代辦之憑證若經縣市政府查核有不符規定情事,願自行負擔購買費用,且如涉及詐欺或其他不法行為請領給付費用,願負一切法律責任,絕無異議。購買明細如下表;      單位:元 <p style="text-align: center;"><b>此致      彰化縣衛生局</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">品項</th> <th style="width: 20%;">發票總金額</th> <th style="width: 20%;">補助總金額(元)</th> <th style="width: 30%;">自行負擔金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>參見申請項目欄位</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">註:購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總。</p> 本人聲明已閱讀並了解申請表內容,同時證明在申請表內所填各項資料均是真實無誤,如為代填,代填人亦將表內事項詳告申請人。並同意或授權主管機關如有審核之必要,可協助調查本人、戶籍、受委託人相關資料。 <p style="text-align: center;">申請人:_____簽(章)      ;      受委託人:_____簽(章)</p>								品項	發票總金額	補助總金額(元)	自行負擔金額	參見申請項目欄位			
品項	發票總金額	補助總金額(元)	自行負擔金額													
參見申請項目欄位																
審核欄位	初審-特約廠商 補助金額:                      元整。				複審-衛生局 補助金額:                      元整。											
	特約廠商(店名職章)				承辦:											

# 輔具購置照片黏貼表

\*請檢附二張照片，表格不敷使用請自行影印\*

<p>照片(1)</p> <p>(輔具全貌照片)</p> <p>(流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)</p>
<p>照片(2)</p> <p>(輔具使用照片)</p>
<p>照片(1)</p> <p>(輔具全貌照片)</p> <p>(流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)</p>
<p>照片(2)</p> <p>(輔具使用照片)</p>
<p>照片(1)</p> <p>(輔具全貌照片)</p> <p>(流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)</p>
<p>照片(2)</p> <p>(輔具使用照片)</p>

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)

# 輔具保固書黏貼處

請將市售輔具所付保固書影本黏貼於下欄

\*正本請交給民眾保管

如所付保固書產品名稱與公文產品名稱有異，請手動修改後核章

例：保固書上是居家電動床，請手動改為「居家照顧床+附加功能 A 款+附加功能 A 款」