廠商名稱處請蓋大印

服務費用項目清冊

特約單位名稱： 安順醫療器

會計年度： 110

聯絡人姓名及電話： 李嘉興, 04-8290959

編號	購買日期			個案姓名	身分證字號	福利身分別	輔具/修繕項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	統一發票號碼	核定給付金額	購買金額	申請給付金額	民眾部分負擔金額
	年	月	日												
1	110	5	1	楊	N1[redacted]22	一般戶	輪椅座墊-B款（連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質）	健鵬	JP	無	MU17361500	10000	10000	10000	0
合計												10000	10000	10000	0

註：購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總

產品廠牌、型號、序號：依市售隨付之保固書內容填寫，如無序號請自行編列。

統一發票號碼：如為免用統一發票收據，請寫無即可，並附上免稅證明。

特約　長照服務提供者服務費用申報總表

t01服務提供者		t02費用年月	t03申報方式			t04申報類別			t05發文日期	收文日期
(代碼)	安順醫療器材行	110 年 05 月	1. □書面	2. ■網路	3. □媒體	1. ■送核	2. □補報	3. □	110年04月29日	年 月 日

服務項目類別				申報費用 (單位：元)
照顧組合	A碼	照顧管理	t06	
		政策鼓勵	t07	
	B碼	居家照顧服務	t08	
		日間照顧服務	t09	
		家庭托顧服務	t10	
		社區式照顧	t11	
	C碼	專案服務	t12	
	D碼	交通接送服務	t13	
	E碼	輔具服務	t14	10000
	F碼	居家無障礙環境改善服務	t15	0
	G碼	家庭照顧者支持性服務-喘息服務	t16	
	申報費用(含部分負擔費用)		t17	10000
	僅部分負擔費用		t18	0
	申請(補助)費用(t17-t18)		t19	10000
非照顧組合	營養餐飲服務(膳費)		t20	
	縣市政府補助費用		t21	
	其他服務		t22	
	小計		t23	
總計(系統計算)			t24	10000
總計(縣市承辦審核後金額)			-	
本次申報起迄日期			t25	本次申報起日期：110 年05 月 01 日　本次申報迄日期：110年05 月31 日

負責人姓名：李嘉興

服務提供者地址：彰化縣埔心鄉舊?村中興路31號

電話：04-8290959

印信：

申報版本號：110年05月第1批

注意事項	
	一、使用表表得來另行辦理，請填送一式二份。 二、書面或網路申報服務費用者，應檢附表表及服務費用項目清冊(清冊請自『照顧服務管理資訊平臺』產出)。 三、媒體申報服務費用者，應檢附表表、服務費用項目清冊(清冊請自『照顧服務管理資訊平臺』產出)及送媒體。 四、本表申請項目範圍，除營養餐飲服務之膳費外，不包含本部「107年度長照服務發展基金政策性獎助經費申請作業規定暨獎助項目及基準」之獎助居家服務、日間照顧等相關費用。 五、表表各欄位請依填表說明填寫。

領　款　收　據

茲收到彰化縣衛生局撥付 楊oo 等 1 人「長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務費用」（明細詳如服務費用項目清冊），計新臺幣壹萬元整，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，特約單位自願退還所領取之費用，且如涉及詐欺或其他不法行為申報支付費用，願負一切法律責任，絕無異議。

此　致

__彰化縣衛生局_____

領款廠商：XX醫療器材行

蓋章：

大小印

統一編號：98835080

負責人：李X興　負責

聯絡電話：04-8290959

住　　址：彰化XXXXXXXXX

銀　　行：埔心鄉農會舊館分部　解款代碼：614

帳戶名稱：XX醫療器材行

銀行帳號：005592xxxxx難

中　華　民　國　112　年　01　月　　日

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	陳樂樂	身分證統一編號			出生年月日	年　月　日	
聯絡電話		通訊地址	彰化市曉陽路一號　樓				
受委託人姓名	陳歡歡	身分證統一編號		與申請人關係	手足	購買日期	
聯絡地址	彰化市曉陽路一號　樓				聯絡電話		
福利身分別	□長照低收入戶□長照中低收入戶■一般戶(非低收、中低收入戶)						

申請項目 請勾選(V)	居家無障礙環境改善(F 碼)	居家無障礙環境改善(F 碼)
	□FA01 扶手	□FA11 門 A 款
	□FA02 可動扶手	□FA12 門 B 款
	□FA03 非固定式斜坡板 A 款	□FA13 改善水龍頭
	□FA04 非固定式斜坡板 B 款	□FA14 改善浴缸
	■FA05 非固定式斜坡板 C 款	□FA15 改善洗臉台
	□FA06 固定式斜坡道	□FA16 改善馬桶
	□FA07 架高式和式地板拆除	□FA17 壁掛式淋浴椅
	□FA08 反光貼條或消光	□FA18 改善流理台
	□FA09 隔間	□FA19 改善抽油煙機
	□FA10 防滑措施	□FA20 特殊簡易浴槽/□FA21 特殊簡易洗槽

檢具文件 請勾選(V)

■核定通知書(暨公文函)
■專業治療師或輔具評估人員評估報告書
■住屋修繕同意書
■房屋所有權狀影本、房屋稅籍證明或房屋稅繳款書擇一檢附(修繕之房屋)
■購買憑證：統一發票（或免用純一發票收據)(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)
■居家無障礙環境改善前與改善後照片
□其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

給付證明書

本人＿＿陳樂樂＿＿＿＿確已收到＿＿＿＿大立廌醫療用品＿＿＿＿販售（或修繕）之無障礙環境改善，本人同意經廠商申報下列無障礙環境改善給付額度後，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

此致　　彰化縣衛生局

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			

註：購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總。

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。

申請人:＿＿＿陳樂樂＿＿＿＿簽(章)　；受委託人:＿＿＿陳歡歡＿＿＿＿簽(章)

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) 店章	承辦：

照 片 張 貼 表

居 家 無 障 礙 環 境 改 善 照 片
黏 貼 處

注意事項：

居 家 無 障 礙 環 境 改 善 照 片
黏 貼 處

注意事項：

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

居 家 無 障 礙 環 境 改 善 照 片
黏 貼 處

注意事項：

居家無障礙環境改善請張貼施工前環境之照片。

居 家 無 障 礙 環 境 改 善 照 片
黏 貼 處

注意事項：

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）

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 (表格不敷使用時請自行影印)

JA 15871631 統一發票(二聯式)

一一二年一、二月份

中華民國112年2月8日

個案姓名

買受人：

地址：縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓 室

品名	數量	單價	金額	備註
扶手 180cm	1	5400	5400	CM15:2
可動式扶手	1	3500	3500	N200112109
防滑措施	1	3000	3000	
		計	11900	

營業人蓋用統一發票專用章

大友醫療器材有限公司 統一發票專用章 統一編號 27374234 彰化縣 彰化市 TEL:04-7283820 負責人:林雯宣 光南里旭光路346號1樓

總計新臺幣(中文大寫) ~~億~~ ~~仟~~ ~~佰~~ ~~拾~~ 壹萬壹仟玖佰 ~~拾~~ ~~元~~

課稅別 應稅 ✓ 零稅率 免稅

第二聯 收執聯

※應稅、零稅率、免稅之銷售額應分別開立統一發票，並應於各該欄打「√」。

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)

住 屋 修 繕 同 意 書

立同意書人 ___**陳歡歡** _____（房屋所有人），茲為辦理長期照顧十年計畫－失能老人輔具購買及居家無障礙環境改善服務之需，本人座落於地址：_**彰化市曉陽路一號　樓**___(門牌)之地上建築物(房屋係合法房屋)，願提供（失能老人）作為改善使用。

此　　致

彰化縣衛生局

備註：租賃他人房屋者另應檢附租賃契約影本以示證明。

立同意書人(房屋所有人)：**陳歡歡**

身分證字號：

聯絡電話：

地　　址：**彰化市曉陽路一號　樓**

中　華　民　國　112　　年 1　　月 1　　日

房屋所有權狀影本張貼處

台北縣新店地政事務所

建物所有權狀

登記日期：中華民國071年10月14日
發狀日期：中華民國086年12月24日
權狀字號：086新資建字第[illegible]號

所有權人：
統一編號：[illegible]

建物標示：

坐　落：新店市光明段
建　號：00　1-000
門牌號：檳榔路　　號4樓
建築完成日期：民國---年--月--日
主要建材：磚造
主要用途：住家用
建物層數：004層
層　　次：四層
面　　積：*****91.45
總 面 積：*****91.45平方公尺

權利範圍：全部

基 地 號：光明段 0　-0000地號
基 地 號：光明段 0___-0000地號

建物用途以使用執照記載爲準。
以上建物所有權業經依法登記完畢，合行發給本權狀以憑執管。

主任 王年水

本書狀物權是否變更或設定他項權利請查詢本所登記之權利資料　　86

彰化縣長照失能老人居家無障礙環境改善
<扶手或隔間>補助金額確認單

編號	改善項目	設置地點	設置尺寸	發票金額	給付金額
範例	■扶手□隔間	一樓浴室	120CM	2500	1260
1	■扶手□隔間	一樓浴室			
2	□扶手□隔間				
3	□扶手□隔間				
4	□扶手□隔間				
5	□扶手□隔間				
6	□扶手□隔間				
7	□扶手□隔間				
8	□扶手□隔間				
9	□扶手□隔間				
10	□扶手□隔間				
總計			120	2500	1260

廠商大印：

負責人：

備註：

1. 每支扶手或隔間，請依扶手支數或隔間數分別表列，以協助貴廠商計算金額，避免金額計算錯誤。
2. 補助額度計算方式：範例如下

狀況	核定長度	實際施作長度	身份別/補助比率	發票金額	補助額度	給付金額計算方式
發票金額高於補助額度	L 型扶手 60X60=120CM	L 型扶手 60X60=120CM	一般戶/70%	2500 元	12(單位)X150=1800 元	發票金額〉補助額度 1800X0.7=1260 元
發票金額低於補助額度	L 型扶手 60X60=120CM	L 型扶手 60X60=120CM	一般戶/70%	1700 元	12(單位)X150=1800 元	發票金額〈補助額度 1700X0.7=1190 元
施作長度較核定短	直式 100CM	直式 90CM (比核定長度短)	一般戶/70%	2500 元	9(單位)X150=1350 元	發票金額〉補助額度 1350X0.7=945 元 (以實際施作長度為補助金額)
施作長度較核定長	直式 100CM	直式 120CM (比核定長度長)	一般戶/70%	2500 元	10(單位)X150=1500 元	發票金額〉補助額度 1500X0.7=1050 元 (以核定長度為補助金額)

*發票金額高於補助額度，以補助額度 X 補助比率為給付金額。
*發票金額低於補助額度，以實際發票金額 X 補助比率為給付金額。
*請詳細計算避免錯誤，補助計算錯誤由廠商自行負責。