

## 臺東縣政府身心障礙者輔具費用補助申請表

申請日期： 年 月 日

資料備齊日期： 年 月 日

身心障礙者姓名		蓋章		身分證字號		障礙類別等級	第_____類 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
公文送達地址						連絡電話	
申請補助輔具名稱	1				曾申請之輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____年度，輔具名稱_____	
	2					_____年度，輔具名稱_____	
	3					_____年度，輔具名稱_____	
	4					_____年度，輔具名稱_____	
申請應檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 國民身分證正本，驗畢後發還。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙證明(手冊)(請承辦人員至身心障礙福利整合平台確認身分及資格)。 <input type="checkbox"/> 3. 三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本(須註明症狀及所須輔具名稱)。 <input type="checkbox"/> 4. 三個月內輔具評估報告書正本。 <input type="checkbox"/> 5. 學生證或在學證明(僅18歲以下或25歲以下國內日間部學生申請助聽器需檢附) <input type="checkbox"/> 6. 其他應附文件(委託辦理者須附身分證正反面影本)(項次22-27特製機車應檢附特製車駕照、項次113-133居家無障礙設施房屋所有權之證明文件影本(非自有房屋者，須附租賃契約書影本、房屋所有權狀影本及屋主出具之施工同意書)。 (3-6項係依申請項目檢附不同之文件，應備文件係依本辦法、基準表及其他相關規定。)						
申請須知	1. 輔具申請流程採「事前申請制」，申請案件通過認定以核定函及核定結果通知書為準，未經核定先行購置輔具將不予以補助。 2. 請之輔具項目達前次申請該項輔具之最低使用年限，每人每2年度以合計申請4項輔具補助為限(合併醫療輔具補助項次計算) 3. 應依本府核准之輔具項目確實購置並實際使用且不得轉(變)賣，並於最低使用年限內接受本府輔具使用追蹤與輔導輔具使用情形。 4. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本府將不予補助，已補助者本府將追回之，涉及刑責者移送司法機關辦理。						
代理申請委託(授權)聲明	委託人(申請人)_____【簽章】以瞭解本辦法及基準表相關規定事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】代為申請(身分證字號_____，連絡電話：_____ )與委託人關係：_____，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。						
	受委託人身分證正面資料影本(浮貼)。 初審單位檢驗與正本無誤後，加註「與正本相符章」。 <u>受委託人與申請人非家屬關係請續寫第2頁授權委託書</u>			受委託人身分證反面資料影本(浮貼)。 初審單位檢驗與正本無誤後，加註「與正本相符章」。 <u>受委託人與申請人非家屬關係請續寫第2頁授權委託書</u>			
初核簽章	承辦人：		業務主管：				
複核簽章	<input type="checkbox"/> 核准	項目：				核准金額	
	<input type="checkbox"/> 未核准	原因：					
	承辦人：		業務主管：				

★臺東縣政府社會處社會福利科：089-340720(轉51)

★臺東縣輔具暨生活重建中心 聯絡電話：089-232263，傳真：089-235082，地址：臺東市更生路1010號

# 臺東縣身心障礙者輔具費用補助授權委託書

本人(輔具使用者姓名) \_\_\_\_\_，茲因有使用輔具之需求，惟家屬/關係人有事未能陪同前來，且業經家屬/關係人\_\_\_\_\_君知情同意下，特授與\_\_\_\_\_君代理

本人及家屬提供個人資料及身份證明文件辦理相關程序(請勾選)：

至輔具暨生活重建中心申請輔具評估

至戶籍地之鄉(鎮、市)公所代送身心障礙者輔具費用補助( 申請 核銷)資料

我已清楚地知道相關規定與義務，恐口無憑，特立委託書一紙為據，如有虛偽不實及任何紛爭，

本人及家屬/關係人願負相關法律責任。

輔具使用者：\_\_\_\_\_ (簽名)

(蓋章處)

家屬/關係人：\_\_\_\_\_ (簽名)

(蓋章處)

連絡電話：\_\_\_\_\_

與輔具使用者關係說明：\_\_\_\_\_

家屬/關係人身分證正面影本(浮貼)	家屬/關係人身分證反面影本(浮貼)
-------------------	-------------------

**【此欄位請由輔具中心或鄉(鎮、市)公所承辦人員填寫】**

臺東縣輔具暨生活重建中心/\_\_\_\_\_公所，承辦人員姓名：\_\_\_\_\_

聯繫日期： 年 月 日 時 分，聯繫對象姓名：\_\_\_\_\_

簡述說明：

中華民國 年 月 日