

# 「臺東縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助」申請表

受理單位：

申請日期：民國      年      月      日

受補助人姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話		
障礙類別	<input type="checkbox"/> 第1類 <input type="checkbox"/> 第2類 <input type="checkbox"/> 第3類 <input type="checkbox"/> 第4類 <input type="checkbox"/> 第5類 <input type="checkbox"/> 第6類 <input type="checkbox"/> 第7類 <input type="checkbox"/> 第8類 <input type="checkbox"/> 舊制第____類				
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		福利別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶	
戶籍地址					
現居住地址					
申請項目	一		估價金額需求(元) (※估價單檢附於後，須註明產品型號)		
	二				
	三				
	四				
曾申請之輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：【請確實註明兩年內曾申請過之生活(醫療)輔具，及詳填申請年度、身障輔具(社會處)或長照輔具(衛生局)、輔具名稱】 _____年度，申請 <input type="checkbox"/> 身障輔具 / <input type="checkbox"/> 長照失能老人輔具，輔具名稱： _____年度，申請 <input type="checkbox"/> 身障輔具 / <input type="checkbox"/> 長照失能老人輔具，輔具名稱： _____年度，申請 <input type="checkbox"/> 身障輔具 / <input type="checkbox"/> 長照失能老人輔具，輔具名稱：				
補助款匯入帳號	金融機構：_____ (局)帳號：_____ (※非受補助對象本人之帳戶，須另填切結書，並檢附於後)				
代理人姓名	身分證字號	出生日期	聯絡電話		
戶籍地址				與受補助人之關係	
通訊地址				簽章	※以上資料填寫經確認無誤。
檢附文件	醫療輔具購買補助 <b>申請</b> 所需檢附證明文件		醫療輔具購買補助 <b>核銷</b> 所需檢附證明文件		
	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 受補助人及代理人之身分證(或戶口名簿)正反面影本 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 4. 低收、中低收入戶證明影本 <input type="checkbox"/> 5. 醫師診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 6. 醫療輔具評估報告書正本 <input type="checkbox"/> 7. 估價單正本(註明品項名稱、型號) <input type="checkbox"/> 8. 存摺封面影本		<input type="checkbox"/> 1. 補助核定函 <input type="checkbox"/> 2. 領款收據、存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 3. 購買輔具六個月內之統一發票或收據 <input type="checkbox"/> 4. 輔具供應商出具保固書正本 <input type="checkbox"/> 5. 租賃契約書影本、切結書【*採租賃方式補助 <b>咳嗽(痰)機、雙(單)相陽壓呼吸輔助器者</b> 需檢附】 <input type="checkbox"/> 6. 照片二張(需與輔具合照) <input type="checkbox"/> 7. 其他證明文件		
初核	承辦人：_____	業務主管：_____	機關首長：_____		
複核簽章	<input type="checkbox"/> 核准		核准金額		
	<input type="checkbox"/> 未核准 原因： <input type="checkbox"/> 檢附文件未齊全 <input type="checkbox"/> 曾申請同類輔具尚未逾期 <input type="checkbox"/> 所申請輔具未列入補助項目 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
備註	承辦人：_____      業務主管：_____      機關首長：_____				
	1、申請人應於核定後，依據「醫療輔具購買補助 <b>核銷</b> 所需檢附證明文件」，送至公所辦理請款作業。 2、若有虛偽不實之申請而接受補助者(如有領取長照生活輔具補助款而未實際購買或重複請領身心障礙者輔具補助款等情事)，除追回已領取之補助款外，涉及刑事責任者，移送法辦。				

# 臺東縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助 切 結 書

本人\_\_\_\_\_受\_\_\_\_\_（受補助對象）委託辦理身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助確實無誤，補助款項經受補助人同意匯入本人帳戶，以上所述若有任何虛偽不實之情事，本人願承擔一切相關法律責任，特立此書為憑。

（代理人）姓名：\_\_\_\_\_

印章：



身分證字號：\_\_\_\_\_

代理人—身分證（正面）黏貼處

代理人—身分證（反面）黏貼處

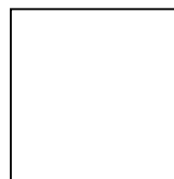
受補助人—身分證（正面）黏貼處

受補助人—身分證（反面）黏貼處

代理人與受補助人之關係：\_\_\_\_\_

受補助人：\_\_\_\_\_

印章：



身分證字號：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日