

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具核銷申請表

114 年 6 月 修

身障者姓名		身分證字號		聯絡電話	
戶籍地址	□□□□-□□□□				
受託人姓名		與身障者關係		受託人聯絡電話	
項次	核定補助項目	販售廠商(電話/聯絡人)		<input type="checkbox"/> 購買金額 <input type="checkbox"/> 租賃金額	核定金額 (衛生局填寫)
1					
2					
3					
4					
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 1.本縣衛生局補助同意函，核定函公文日期：____年____月____日花衛長字第____號 <input type="checkbox"/> 2.委託書(檢附委託人及受託人身分證正反影本並簽章) <input type="checkbox"/> 3.核定日起 6 個月內之 <u>統一發票或收據正本</u> (須註明買受人身障者姓名、廠牌及型號) <input type="checkbox"/> 4.申請人之郵局或銀行存摺影本 (勿提供專款專戶存摺影本) <input type="checkbox"/> 5.非本人帳戶切結書。(若非身障者本人帳戶請填寫 <u>非本人之帳戶切結書</u> 、檢附身分證正反影本) <input type="checkbox"/> 6.輔具買賣保固切結書。 <input type="checkbox"/> 7.居家使用醫療輔具照片 2 張(購置之輔具全貌 1 張，身障者使用輔具照片 1 張) <input type="checkbox"/> 8.輔具供應商出具保固書之影本 (加蓋統編章) <input type="checkbox"/> 9.租賃契約書影本(加蓋與正本相符合章) 限咳嗽(痰)機、單相陽壓呼吸器、雙相陽壓呼吸器 <input type="checkbox"/> 10.其他_____				
	❖ 以上檢附資料請填寫完整，包含所有日期，倘有塗改處請蓋私章。 ❖ 申請多項輔具補助購自不同廠商，僅需填具 1 份核銷申請表，按核定項目依序填寫。				
注意事項	居家醫療輔具切結書 茲具結_____ (身障者姓名)確實已購買本局核定補助之輔助器具，並已在居家使用中，本人(受託人)所申請項目並未超過「每人每 2 年度以申請 4 項輔具補助」之規定，如有不實、轉售或租借他人使用，願負一切法律責任，並無條件繳回補助款，特立切結書為憑。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> 本人(受託人)簽章_____ 申請日期：____年____月____日				
審核結果	公所 初審結果	應備文件經查明確認無誤 <input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定，原因：			
	公所收件日期： 年 月 日	承辦人	課長	秘書	
	衛生局 審查結果	<input type="checkbox"/> 符合規定准予核銷 <input type="checkbox"/> 不符合規定不予核銷，原因：			
		承辦人	科長	局長	

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助 委託書

本人茲因 生病行動不便 其他 _____ (請詳明原因)，無法親自辦理醫療復健費用及醫療輔具補助申請，故委託 _____ (與本人關係： _____) 代為辦理並檢具相關證件影本。

身心障礙者： _____

【簽章】

受託人： _____

【簽章】

證件複印及黏貼處

身心障礙者 (身心障礙證明)	身心障礙證明正面影本 請確認 1. 戶籍是否為花蓮縣 2. 是否為有效期間	身心障礙證明反面影本
身心障礙者 (身分證)	身心障礙者身分證正面影本	身心障礙者身分證反面影本
受託人 (身分證)	受託人身分證正面影本	受託人身分證反面影本

中 華 民 國 年 月 日

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

購買憑證

填寫日期： 年 月 日

統一發票或收據 黏貼處

統一發票或收據 黏貼處

免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本 黏貼處

注意事項：

- 一、核定購買輔助器具之統一發票或收據憑證，請確實填具－購買日期、買受人姓名、輔具（中文）名稱、數量、單價及金額。
- 二、若檢附「免用統一發票收據」，請加附廠商免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本。

存摺封面影本

黏貼處

非本人帳戶切結書

本人(身障者姓名) _____ 申請花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助，因 _____ 事由，無法使用本人的帳戶，改用其他人的帳戶，故委託 _____ (關係: _____) 代為請領，請同意撥款匯入至 郵局 銀行: _____ 銀行(_____ 分行) 戶名: _____，帳號: _____，如有糾紛，概由委託人與受託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。

❖ 撥款至非郵局帳號之手續費由申請人自行負擔，倘核銷完畢事後再變更受款人之戶名、帳號需重匯者，需另自行負擔銀行支票退回之手續費30元。

此 致

花蓮縣衛生局

委託人(身障者):

(簽章)

身分證字號:

戶籍地址:

電話:

受託人:

(簽章)

身分證字號:

戶籍地址:

電話:

證件複印及黏貼處

受託人(身分證)	受託人身份證正面影本	受託人身份證反面影本
----------	------------	------------

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

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_____君醫療輔助器具，設籍花蓮縣_____鄉鎮
市_____
村____路____街____巷____弄____號____樓，正確無訛，如有不

實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法及本局補助同意函之內容、規格與功能，經驗測若有不符，願配合改善或更換。

品名：_____型號：_____數量：_____

產品規格：_____序號：_____

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

花蓮縣衛生局

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包含日期)

中 華 民 國 年 月 日

花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

照片張貼表

填寫日期： 年 月 日

購買輔具照片黏貼處

照片張貼表

購買輔具照片黏貼處