

花蓮縣 _____ 鄉鎮市身心障礙者醫療輔具及醫療費用核銷申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	(簽章)	身分證字號	聯絡電話	
補助器具項次/項目	購置日期	販售廠商(名稱及聯絡電話)	申請金額	核定金額(衛生局承辦人填寫)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 本縣衛生局補助同意函影本。 <input type="checkbox"/> 申請人郵局儲金簿封面影本。 <input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之購買憑證。發票或收據（出具收據廠商需為國稅局核定免用統一發票者並加蓋免用統一發票章）正本。 <input type="checkbox"/> 照片二張，一需為清楚呈現所購置之輔具全貌，另一為使用者使用該輔具之照片。 <input type="checkbox"/> 輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。 保固書應載明產品規格（含醫療費用及醫療輔具補助標準表所定本項輔具之規格或功能規範內容）、型號、序號、保固年限及起迄日期（含年、月、日）、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、保固服務聯繫電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號及其他必要資訊。 <input type="checkbox"/> 輔具買賣保固切結書。 <input type="checkbox"/> 委託切結書。 <input type="checkbox"/> 非本人帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 其他：			
撥款帳戶	<input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> _____ 銀行 _____ 分行		帳號	戶名：
		備註：撥款至非郵局帳號將有手續費之相關問題，請申請人以郵局帳號為主。		
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，並已在使用中，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。 立切結書人： _____ 身分證字號： _____ 蓋章： _____ <div style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</div>			
衛生局審查結果	<input type="checkbox"/> 符合本縣規定准予核銷。 <input type="checkbox"/> 不符合本縣規定不予核銷。			
		承辦人	科長	局長
				縣長
備註	1. 由身障者家屬代為申請者，須檢附足資證明親屬關係之證明文件。 2. 由機構、村里長或其他公益單位代為申請者，委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明申請人身份之證明文件。			

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

委 託 (切 結) 書

本人_____先生(女士)，因_____

_____ (請詳明原因)

無法親自 申請 具領 醫療復健費用及醫療輔具補助款，

故委託_____ (與本人關係：_____) 代為

申請 具領。

此 致

花蓮縣衛生局

委託人：

【蓋章】

身分證字號：

地址：

受託人：

【蓋章】

身分證字號：

地址：

受託人之身份證正面影本

(身份證影本為雙面時，請浮貼)

受託人之身份證反面影本

最後煩請再次詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人(或受託人)簽名：_____備註：塗改處請務必加蓋私章

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助 購買憑證

收件日期： 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

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
售予設籍花蓮縣_____鄉鎮_____村_____路_____巷____
弄_____號_____樓_____君醫療輔助器

具，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。

輔具名稱：_____ 數量：_____

品牌：_____ 型號：_____ 規格：_____

配件：(無則免填)_____

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)

中 華 民 國 年 月 日

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助 照片張貼表

(表格不敷使用時請自行影印)

收件日期： 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

身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助

非本人帳戶切結書

本人_____（甲方）申請花蓮縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助，因_____無法使用本人帳戶，請同意撥入_____（乙方）之帳戶。

此致

花蓮縣衛生局

撥款帳戶：

銀行：_____銀行(_____分行)

帳號：_____

戶名：_____

(存摺封面黏貼處)

甲方：_____（簽章）

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

乙方：_____（簽章）

乙方與甲方之關係（稱謂）：

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

乙方身分證正反面影本黏貼處

(請浮貼)

中 華 民 國 年 月 日