

臺南市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助申請表

申請使用者姓名		蓋章	身分證字號		診斷日期	年 月 日	CDR 值	
出生年月日	民國____年____月____日				聯絡電話			
核定書送達地址	□□□-□□ (與戶籍地不同者，請以正楷寫清楚)							
代理人姓名		蓋章	身分證字號		與申請人關係		聯絡電話	
申請輔具項目名稱		個人衛星定位器						
注意事項	1. 輔具申請流程採「事前申請制」，申請之輔具項目須經過評估、核定後始得購買。 2. 應依本局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 2 年 內接受本局輔具使用追蹤與輔導輔具使用情形。 3. 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。							
應備文件確認	請勾選： ☐ 1. 申請人國民身分證正反面 影本 。 ☐ 2. 三個月內醫院醫師診斷證明書 正本 （須載明 CDR 值）。 ☐ 3. 三個月內輔具評估報告書 正本 。 ☐ 4. 其他應附文件（代理人須附國民身分證正反面 影本 、關係證明(如戶籍謄本等)及委託書）。 文件備齊日____年____月____日							
* 以下由審核單位填寫 *								
審核位	1. 收件日：____年____月____日 2. 文件是否完備且正確： ☐ 是 ☐ 否，原因：_____ 3. 經查詢全國社會福利資源整合系統，該申請人 ☐ 未領有身心障礙證明 ☐ 領有身心障礙證明，但不具申請身障輔具—個人衛星定位器之資格。							
審核結果	☐ 符合本市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助標準規定，核定補助之輔具為： <u>個人衛星定位器</u> ，最高補助上限為新臺幣 1 萬元，最低使用年限 <u>2</u> 年。 ☐ 不符合本市失智守護（防走失）個人衛星定位器補助標準規定，退件原因： _____。							
審核人	承辦人		股長			主任		
	督導							

附註：請依序裝訂 1. 申請表 2. 委託書 3. 診斷證明書 4. 評估報告書 5. 其他

*送件地址：臺南市政府社會局長期照顧管理中心、服務電話：(06)2931232 (70847 臺南市安平區中華西路二段 315 號 6 樓)

申請補助委託書

申請人(身分證)	
【申請人身分證影本正面】	【申請人身分證影本反面】
代理人(代理人身分證)	
【代理人身分證影本正面】	【代理人身分證影本反面】
委託事項	
本人茲因 ☐生病或行動不便 ☐工作 ☐不識字 ☐其他_____，無法親自辦理本項補助申請，特委託_____（代理人）與申請人關係_____（請註明）辦理並檢具委託書及相關證件影本。 ※ 本人（申請人）已詳閱本表並確實填寫（提供）上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。 申請人簽名：_____ 蓋章：_____ 代理人簽名：_____ 蓋章：_____	
申請及委託日期： 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	