臺南市政府衛生局身心障礙者醫療輔具補助核銷請款書

（核1）

申請人姓名		身分證字號		聯絡電話	
受託人姓名		與身障者關係	□本人 □家屬 □（其他）＿＿＿＿		
戶籍地址					
聯絡地址					
應備文件	□ 1. 本府審核通過核定公文影本。（核定項目請同時核銷，核銷時數量和核定時不同或不購買時請於核定函影本空白處寫明不購買原因後簽名蓋章） □ 2. 申請人之存摺封面影本。（須 5 年內仍有使用之存戶、非禁止戶之戶名及帳號；若非身心障礙者本人帳戶，則需填同意書）。 □ 3. 統一發票或收據正本（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）。 □ 4. 領據及印章。 □ 5. 輔具照片。 □ 6. 輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。 (1)本表輔具編碼 1 至 6 項保固書應載明產品規格：含本標準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、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。 (2)本表輔具編碼 7 至 14 項保固書應載明產品規格：含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、保固年限(不得低於三個月)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、服務電話。 (3)租賃契約書應載明規格(含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容)、型號、序號、服務內容、租賃起迄日期(含年、月、日)、輔具供應商行號名稱與統一編號及負責人姓名、服務電話，並應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號。 □ 7. 其他應備文件（依申請項目檢附不同之文件。應備文件係內政部「身心障礙者輔具費用補助辦法」（以下簡稱本辦法）及「身心障礙者輔具費用補助基準表」（以下簡稱基準表）及其他相關規定。） ＊申請人須自公文核定日起 6 個月內遞送核銷請款書，以至區公所送件時間為準＊				
切結書	茲具結＿＿＿＿＿＿確實已購買本府核定補助之輔助器具，並已在居家使用中，另本人（或受託人）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。且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，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回。 **本人（或受託人）簽名：　　蓋章：** **申請及切結日期:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日**				

代理申請委託（授權）書

申請人（身障者）:＿＿＿＿＿＿【簽章】已瞭解並將申請本辦法及基準表相關規定事宜，委託（授權）受託人：＿＿＿＿＿＿【簽章】（關係：　　）代為申請，如有糾紛，概由申請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。

核定輔具	項次一	項次二	項次三	項次四
品名				

受託人身分證正反面影本浮貼處	核章	承辦人	
		課長	
		區長	

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(如戶籍謄本、身分證等)。 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。

附註：請依序裝訂（以下表格請單面使用）1. 輔具補助核銷請款書 2. 核銷資料黏貼表正本 3. 核銷資料黏貼表影本 4. 黏貼表輔具照片 5. 領據、同意書 6. 輔具供應商出具保固書 7. 其他

臺南市政府衛生局身心障礙者醫療輔具補助核銷資料黏貼表

收件日期：　年　月　日（核2）

【身心障礙手冊或證明影本正面】 浮　　貼　　處 1.身心障礙手冊影本請確認是否為有效期間。	【身心障礙手冊或證明影本背面】 浮　　貼　　處

【存簿儲金封面影本】
浮　　貼　　處

2. 民眾所附存摺勿用專款專戶(只限特定款項才能用)或已久沒用之存摺，才不會有撥款時無法入帳之情形。
存簿儲金封面影本請檢查局號帳號是否清楚。

存簿持有人姓名	身分證字號	與身障者關係	局號	帳號

↑身障者本人存簿請填領款收據，家屬存簿請填領款收據及同意書。

發票（或收據）第一張浮貼處

發票（或收據）第二張浮貼處

發票（或收據）第三張浮貼處

發票（或收據）第四張浮貼處

3. 發票(或收據或免費統一發票收據) 請檢查是否蓋妥統一發票章及負責人章（電子發票正本及影本各乙張同貼於空白處，並請買受人寫上品名並簽名蓋章，收銀機發票需加蓋統一發票章並請買受人寫上品名且簽名蓋章）

臺南市政府衛生局核銷醫療輔具費用補助之輔具照片黏貼處

（核3）

領　款　收　據

（核4）

茲收到申請人(身心障礙者)＿＿＿＿＿＿醫療輔具補助費計新臺幣＿＿＿萬＿＿＿千＿＿＿＿佰＿＿＿＿拾＿＿元整，前款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

臺南市政府衛生局

領　款　人：　　（存簿持有人簽章）

身分證號碼：

住　　址：

電　　話：

中　華　民　國　　年　　月　　日

同　意　書

（核5）

申請人＿＿＿＿＿＿（身心障礙者）申請身心障礙者醫療輔具，因行動不便，無法至郵局、農會或銀行辦理存摺，請准予轉帳家屬＿＿＿＿＿＿（與家屬關係：＿＿＿）存摺，局號＿＿＿＿＿＿帳號＿＿＿＿＿＿，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

申請人：　　（身心障礙者簽章）

身分證字號：

電話：

住址：

中　華　民　國　　年　　月　　日