

臺南市身心障礙者輔具費用補助-(限居家使用者)申請切結書

臺南市政府社會局 109 年 2 月 24 日南市社身

字第 1090234924 號函修訂

一、本人申請☐人力移位吊帶☐移位滑墊☐站立架或傾斜床☐氣墊床
☐居家用照顧床☐升降桌☐居家用生活輔具☐移位腰帶☐移位轉
盤☐移位板☐移位機☐移位機吊帶，因_____（請填寫原
因），於申請時仍暫住於☐醫院（醫院名稱：_____）☐機構
（機構名稱：_____）☐其他_____，預計將於
____年____月____日返家，所申請之生活輔具亦將確實於返家之日起
居家使用。

二、依據衛生福利部 108 年 11 月 29 日修正施行「身心障礙者輔具費
用補助基準表」之規定，上述生活輔具補助限居家使用者申請。
本人瞭解前述之規定，所稱事項與提供之資料皆屬實，如有虛
偽，除繳回溢領款項外，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

臺南市政府

委託人(身心障礙者)：_____

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

法定代理人(家屬或親友)：_____

身分證字號：

與委託人關係：

戶籍地址：

聯絡電話：

受託代辦人：_____

身分證字號：

單位/負責人：

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日