

身心障礙者姓名		身分證 統一編號											
核定補助 項目													
聯絡 電話	(家用電話) (行動電話)												
戶籍 地址	□□□--□□		新竹縣 市/鄉/鎮										
公文送達 處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：□□□--□□												
文件	<input type="checkbox"/> 1. 領據(請蓋印章，並填寫正確輔具名稱及補助金額)。 <input type="checkbox"/> 2. 身障者本人存摺封面影本。 <input type="checkbox"/> 3. 縣府核准公文/簡易核准通知。 <input type="checkbox"/> 4. 輔具供應商出具 保固書之影本 (正本由申請人留存)。保固書應載明產品規格(含身心障礙者輔具費用基準表所定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"/> 5. 統一發票或收據正本 (須註明買受人、物品名稱，如收銀機統一發票或紙本電子發票未登打，應由經手人手寫補上並加蓋負責人私章。) <input type="checkbox"/> 6. 補助輔具總金額超過新臺幣1萬元以上，檢附身心障礙者使用輔具中之照片，一項器材一張照片 (相片請整齊黏貼於A4紙上或者電腦列印)。 <input type="checkbox"/> 7. 申請居家無障礙設施，需檢附施工前後照片、改善項目及規格說明、產權證明影本(非自有房屋者，須附租賃契約書影本、產權證明影本及屋主同意施工書)。 <input type="checkbox"/> 8. 其他應備文件(係依據「身心障礙者輔具費用補助辦法」、「身心障礙者輔具費用補助基準表」、「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」及「醫療費用及醫療輔具補助標準表」等相關規定，依申請項目檢附文件。)												
切結書	茲具結_____ (或受託人)確實已購買本府核定補助之輔助器具，並已在使用中，另本人(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。另本人(受託人)所申請項目並未超過「 <u>每人每2年度以申請4項輔具補助</u> 」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(受委託人)簽章： <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 40px; margin-left: 400px;"></div> 申請及切結日期：_____年_____月_____日												
代理申請委託授權書(本人申請不需填寫)													
即申請人：_____【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)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。													
審 核 結 果													
初審意見	<input type="checkbox"/> 符合規定 核定金額：						<input type="checkbox"/> 不符合規定：						
收件 審核	承 辦 人			課長/輔具中心組長			鄉鎮(市)長/輔具中心主任						
審核結果	<input type="checkbox"/> 符合規定 核定金額：						<input type="checkbox"/> 不符合規定：						
縣政府/衛 生局審核	承 辦 人			科 長			處 長/局 長						

領 據

茲收到新竹縣政府補助身心障礙者生活醫療輔助器具（名稱：）補助費，
總計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整（大寫）。

此 致

新 竹 縣 政 府

具領人（身心障礙者本人）：

身分證字號：

住 址：

電 話：

受委託人（或法定代理人）：

身分證字號：

住 址：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

存摺封面影本請張貼於此