

113-114年度宜蘭縣輔具購買及居家無障礙環境改善代償墊付服務

表1

特約單位申請表

單位名稱		申請日期	
負責人		統一編號	
廠商登記地址		門市地址	
聯絡人		門市電話	
電子郵件		傳真號碼	
匯款帳號			
提供服務 (輔具購買)	<input type="checkbox"/> 一、長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務 (詳如附件1) (請依販售項目勾選) <input type="checkbox"/> 二、身心障礙者生活輔具及居家無障礙環境改善服務 (請依販售項目勾選): <input type="checkbox"/> 個人行動輔具 <input type="checkbox"/> 溝通及資訊輔具 (含視覺、聽覺、警示、指示及信號、發聲、溝通、電腦輔具) <input type="checkbox"/> 身體、生理及生化試驗設備及材料 <input type="checkbox"/> 身體、肌力及平衡訓練輔具 <input type="checkbox"/> 預防壓瘡輔具 <input type="checkbox"/> 個人照顧及保護輔具 <input type="checkbox"/> 住家家俱及改裝組件 <input type="checkbox"/> 居家生活相關輔具 <input type="checkbox"/> 矯具及義具 <input type="checkbox"/> 其它輔具(人工電子耳及其耗材) <input type="checkbox"/> 居家無障礙環境改善(含安裝施工) <input type="checkbox"/> 三、身心障礙者醫療輔具服務 (請依販售項目勾選): <input type="checkbox"/> (1) 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> (2) 非蓄電式抽痰機 <input type="checkbox"/> (3) 蓄電式(交直流兩用)抽痰機 <input type="checkbox"/> (4) 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> (5) 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> (6) 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> (7) 咳嗽(痰)機 <input type="checkbox"/> (8) 單相陽壓呼吸輔助器(C-PAP) <input type="checkbox"/> (9) 雙相陽壓呼吸輔助器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> (10) UPS 不斷電系統 <input type="checkbox"/> (11) 壓力衣-A 款項-頭部、頸部 <input type="checkbox"/> (12) 壓力衣-B 款項-肩部、胸部、腹部、背部 <input type="checkbox"/> (13) 壓力衣-C 款項-右上臂、右肘、右前臂		

	<input type="checkbox"/> (14) 壓力衣-D 款項-右手、右腕 <input type="checkbox"/> (15) 壓力衣-E 款項-左上臂、左肘、左前臂 <input type="checkbox"/> (16) 壓力衣-F 款項-左手、左腕 <input type="checkbox"/> (17) 壓力衣-G 款項-腰部、臀部、左大腿、右大腿 <input type="checkbox"/> (18) 壓力衣-H 款項-右小腿 <input type="checkbox"/> (19) 壓力衣-I 款項-右踝、右足 <input type="checkbox"/> (20) 壓力衣-J 款項-左小腿 <input type="checkbox"/> (21) 壓力衣-K 款項-左踝、左足 <input type="checkbox"/> (22) 矽膠片。				
申請特約 文件檢核表 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 特約廠商申請表				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="327 517 512 808" rowspan="3"> 設立核准 文件 (擇一) </td> <td data-bbox="512 517 1540 665"> <input type="checkbox"/> 單位(公司)設立核准函及公司設立表影本各1份 (如成立公司者檢附) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 665 1540 808"> <input type="checkbox"/> 商業登記核准函及商業登記抄本影本各1份 (如以商業登記者檢附) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 808 1540 889"> <input type="checkbox"/> 藥局設立核准函 </td> </tr> </table>	設立核准 文件 (擇一)	<input type="checkbox"/> 單位(公司)設立核准函及公司設立表影本各1份 (如成立公司者檢附)	<input type="checkbox"/> 商業登記核准函及商業登記抄本影本各1份 (如以商業登記者檢附)	<input type="checkbox"/> 藥局設立核准函
	設立核准 文件 (擇一)		<input type="checkbox"/> 單位(公司)設立核准函及公司設立表影本各1份 (如成立公司者檢附)		
			<input type="checkbox"/> 商業登記核准函及商業登記抄本影本各1份 (如以商業登記者檢附)		
		<input type="checkbox"/> 藥局設立核准函			
	<input type="checkbox"/> 單位負責人身分證正反面影本1份				
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="327 969 512 1151" rowspan="2"> 販售醫療 器材者需 檢附 (擇一) </td> <td data-bbox="512 969 1540 1052"> <input type="checkbox"/> 醫療器材商/藥商許可執照影本1份 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1052 1540 1151"> <input type="checkbox"/> 藥局執照影本1份 </td> </tr> </table>	販售醫療 器材者需 檢附 (擇一)	<input type="checkbox"/> 醫療器材商/藥商許可執照影本1份	<input type="checkbox"/> 藥局執照影本1份	
	販售醫療 器材者需 檢附 (擇一)		<input type="checkbox"/> 醫療器材商/藥商許可執照影本1份		
		<input type="checkbox"/> 藥局執照影本1份			
	<input type="checkbox"/> 公司存摺影本1份				
	<input type="checkbox"/> 實體門市/店面照片8張 (含門牌號碼1張、招牌1張、內部空間3張、輔具3張)				
	<input type="checkbox"/> 宜蘭縣輔具購買及居家無障礙環境改善服務特約契約書一式3份 (請蓋騎縫章)(如由總公司/地區經理代表簽約需檢附門市分店清冊)				
居家無障礙環境改善是否收取勘查費(居家無障礙修繕單位必填) <input type="checkbox"/> 是：必須提供收費標準俾利彙整公告，未經本所同意備查，收費標準不可任意變更。 <input type="checkbox"/> 否					
<input type="checkbox"/> 廠商切結書1份(含廠商大小印及發票專用章)					
<input type="checkbox"/> 「身心障礙者輔具補助廠商請款作業系統」合約廠商帳號申請表 (112年有簽約單位免附)					
<input type="checkbox"/> 需索取特約單位貼紙					

附表：長照輔具服務特約單位服務項目表

附件1

編號	項目	☑有提供購買服務
EB01	單支拐杖-不銹鋼製	
EB02	單支拐杖-鋁製	
EB03	助行器	
EB04	帶輪型助步車(助行椅)	
EC01	輪椅-A款(非輕量化量產型)	
EC02	輪椅-B款(輕量化量產型)	
EC03	輪椅-C款(量身訂製型)	
EC04	輪椅附加功能-A款(具利於移位功能)	
EC05	輪椅附加功能-B款(具仰躺功能)	
EC06	輪椅附加功能-C款(具空中傾倒功能)	
EC07	擺位系統-A款(平面型輪椅背靠)	
EC08	擺位系統-B款(曲面適形輪椅背靠)	
EC09	擺位系統-C款(輪椅軀幹側支撐架)	
EC10	擺位系統-D款(輪椅頭靠系統)	
ED01	移位腰帶	
ED02	移位板	
ED03	人力移位吊帶	
ED04	移位滑墊-A款	
ED05	移位滑墊-B款	
ED06	移位轉盤	
ED07	移位機	
ED08	移位機吊帶	
EG01	氣墊床-A款	
EG02	氣墊床-B款	
EG03	輪椅座墊-A款(連通管型氣囊氣墊座-塑膠材質)	
EG04	輪椅座墊-B款(連通管型氣囊氣墊座-橡膠材質)	
EG05	輪椅座墊-C款(液態凝膠座墊)	
EG06	輪椅座墊-D款(固態凝膠座墊)	
EG07	輪椅座墊-E款(填充式氣囊氣墊座)	
EG08	輪椅座墊-F款(交替充氣型座墊)	
EG09	輪椅座墊-G款(量製型座墊)	
EH01	居家用照顧床	
EH02	居家用照顧床-附加功能A款(床面升降功能)	
EH03	居家用照顧床-附加功能B款(電動升降功能)	

編號	項目		<input checked="" type="checkbox"/> 有提供購買服務
EA01	1	馬桶增高器	
	2	便盆椅	
	3	沐浴椅	
EE01	電話擴音器		
EE02	電話閃光震動器		
EE03	火警閃光警示器		
EE04	門鈴閃光器		
EE05	無線震動警示器		
EF01	衣著用輔具		
EF02	居家用生活輔具		
EF03	飲食用輔具		
EH01	居家用照顧床		
EH02	居家用照顧床-附加功能 A 款 (床面升降功能)		
EH03	居家用照顧床-附加功能 B 款 (電動升降功能)		
FA01	居家無障礙設施-扶手		
FA02	居家無障礙設施-可動式扶手		
FA03	居家無障礙設施-非固定式斜坡板 A 款		
FA04	居家無障礙設施-非固定式斜坡板 B 款		
FA05	居家無障礙設施-非固定式斜坡板 C 款		
FA06	居家無障礙設施-固定式斜坡道		
FA07	居家無障礙設施-架高式和式地板拆除		
FA08	居家無障礙設施-反光貼條或消光		
FA09	居家無障礙設施-隔間		
FA10	居家無障礙設施-防滑措施		
FA11	居家無障礙設施-門 A 款		
FA12	居家無障礙設施-門 B 款		
FA13	居家無障礙設施-水龍頭		
FA14	居家無障礙設施-改善浴缸 (新增、改換、移除-居家環境改善含原處填補)		
FA15	居家無障礙設施-改善洗臉台 (槽) (新增、改換、移除-含原處填補)		
FA16	居家無障礙設施-改善馬桶 (新增、改換、移除-含原處填補)		
FA17	居家無障礙設施-壁掛式淋浴椅 (床)		
FA18	居家無障礙設施-改善流理台 (新增、改換)		
FA19	居家無障礙設施-改善抽油煙機 (位置調整)		
FA20	居家無障礙設施-特殊簡易洗槽		
FA21	居家無障礙設施-特殊簡易浴槽		

宜蘭縣長期照護服務管理所(以下簡稱甲方)及_____ (服務提供者, 以下簡稱乙方)雙方同意依行政程序法、民法及相關法規規定訂定本契約, 共同遵守, 其條款如下:

第一條 契約文件及效力

一、本契約包括下列文件:

- (一)衛生福利部與甲方公告文件及其變更或補充。
- (二)本契約本文、附件及其變更或補充。
- (三)依本契約所提出之履約文件或資料。

二、本契約文件, 包括以書面、錄音、錄影、照相、微縮、電子數位資料或樣品等方式呈現之原件或複製品。

三、本契約文件之一切規定得互為補充, 如仍有不明確之處, 以甲方解釋為準。如有爭議, 依行政程序法相關規定處理。

四、本契約文字:

- (一)本契約文字以中文為準。
- (二)本契約所稱申請、報告、同意、指示、核准、通知、解釋及其他類似行為所為之意思表示, 除本契約另有規定或當事人同意外, 應以中文(正體字)書面為之。書面之遞交, 得以面交簽收、郵寄、傳真或電子資料傳輸至雙方預為約定之人員或處所。
- (三)本契約所稱日數, 除已明定為工作日者外, 以日曆日計算。

五、本契約一式3份, 甲方2份, 乙方1份。

第二條 履約標的

一、本契約履約之服務項目為:

- (一)長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務, 各項目得申報費用之組合內容, 詳如長期照顧服務申請及給付辦法附表四照顧組合表。
- (二)身心障礙者生活輔具及居家無障礙環境改善服務, 各輔具項目及請款費用, 詳如身心障礙者輔具費用補助基準表。
- (三)身心障礙者醫療輔具購買服務, 各輔具項目及請款費用, 詳如醫療輔具補助標準表及身心障礙者醫療費用及醫療輔具補助標準表。

二、乙方服務對象(以下簡稱個案)須以事前申請並經甲方核定, 其應具備資格為:

(一)前項第一款之個案為以事前申請並經甲方長期照護服務管理所(以下簡稱長照所)評估核定後, 實際居住於宜蘭縣(以下簡稱本縣), 且經甲方審核通過, 取得「審核結果同意書面文件」為6個月內者。並符合以下資格之一者為限:

- (1)65歲以上失能老人。
- (2)55歲以上失能原住民。
- (3)50歲以上失智症者。
- (4)失能之身心障礙者。

(二)前項第二、三款之個案以設籍於本縣並領有身心障礙證明，事前申請身心障礙者輔具費用補助並經甲方審核通過，且甲方「審核結果同意書面文件」為6個月內者。

三、乙方依據個案取得之效期內「審核結果同意書面文件」，提供所需輔具購買及施作，並由乙方向甲方辦理核銷請款事宜。

四、乙方如以詐欺或其他不正當行為重複領取補助費用或為虛偽之證明及請領補助費用者，應負一切法律責任，並返還已領取之費用。

五、身心障礙者生活輔具及醫療輔具全年度代償墊付服務核銷人數不得低於輔具服務總人數(註1)85%(代償墊付核銷人數/輔具服務核銷總人數 x100%)。

六、長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務(E、F碼)之服務提供單位自112年4月1日起全面實施特約，非特約單位不得提供服務。

※註1：輔具服務總人數為「代償墊付服務核銷人數」加「非使用代償墊付之民眾個人送件核銷人數」。

第三條 契約效期

自中華民國_____年____月____日(由甲方填寫)至114年12月31日止，甲方保留後續擴充服務3個月之權利。

第四條 服務項目及補助標準

本契約履約服務項目之補助標準，依據衛生福利部公告之長期照顧服務申請及給付辦法、衛生福利部社會及家庭署公告之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身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助標準表辦理。

第五條 補助標準之調整

補助標準調整，或契約內容改變時，甲方有權逕通知乙方辦理契約變更；乙方如無意願配合契約變更，應自收受通知後10日內，以書面通知甲方辦理終止契約。

第六條 補助費用申辦與受理

一、乙方應於服務提供後之次月10日前，至甲方指定之資訊系統如實登載服務內容、完成系統申報作業，並檢具下列資料，依下列順序排列，向甲方申報前1月份之補助費用：

(一)長期照顧輔具及居家無障礙環境改善

(1)領款收據。

(2)經乙方用印之服務費用申報總表。

(3)經乙方用印之服務費用項目清冊。

(4)輔具支出憑證黏存單。

(5)輔具或居家無障礙環境改善(含安裝/施工)服務給付證明。

(6)受託人身份證件影本。

(7)輔具補助核定結果通知書影本及輔具評估報告書。

(8)輔具照片特寫(序號及使用該輔具照片各1張)、環改檢附修繕前後照

片。

(9)輔具保固書影本(需載明產品規格、型號、序號、保固年限及起迄日期、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,部分需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。)

(10)其他經甲方規定之文件、資料。

(二)身心障礙者生活輔具及居家無障礙環境改善

(1)領款收據。

(2)經乙方用印之請款清冊。

(3)輔具支出憑證黏存單。

(4)民眾購買輔具或居家無障礙環境改善(含安裝/施工)補助證明。

(5)受託人身分證件影本。

(6)輔具補助核定結果通知書影本及輔具評估報告書。

(7)輔具照片特寫(序號及使用該輔具照片各1張)、環改檢附修繕前後照片。

(8)輔具保固書影本(需載明產品規格、型號、序號、保固年限及起迄日期、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,部分需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。)

(9)其他經甲方規定之文件、資料。

(三)身心障礙者醫療輔具

(1)領款收據。

(2)經乙方用印之請款清冊。

(3)輔具支出憑證黏存單。

(4)受託人身分證件影本。

(5)核定公文影本及診斷證明書、醫療輔具評估報告書。

(6)民眾購買輔具補助證明。

(7)輔具照片特寫(序號及使用該輔具照片各1張)。

(8)輔具保固書影本(需載明產品規格、型號、序號、保固年限及起迄日期、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,部分需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。)

(9)其他經甲方規定之文件、資料。

二、乙方所送文件或資料不全者,甲方應敘明理由,以通訊或書面通知其限期補正;逾5個工作日未完成補件者,甲方不予受理。

三、助聽器中階型、進階型、雙對側傳聲型應於購買後配戴屆滿1個月後至3個月內,由符合評估規定之專業人員出具效益驗證報告,乙方提供服務項目為須

經效益驗證之助聽器時，應於效益驗證後之次月10日前，至甲方指定之資訊系統如實登載服務內容、完成系統申報作業並檢具上述資料，依順序排列，向甲方申報前1月份之補助費用。

第七條 補助費用補報

乙方請領補助費用，有漏未申報者，須於應申報末日之次月10日前進行補助費用補報，且販售日期不得超過該核定文件效期，並檢具第六條規定文件、資料，向甲方補報，至遲應於核定文件到期月份之次月10日前送件，逾期未完成補報者，視為放棄申報，甲方不予受理。

第八條 補助費用核付

甲方應於受理乙方補助費用(資料備齊日)申報之日起30日內，核撥支付補助費用。

第九條 補助費用複核

- 一、乙方不服甲方依第八條核撥之補助項目或金額時，得於收受補助費用之次日起30日內，以書面申請複審，並以1次為限。
- 二、甲方應於收受複核申請之日起30日內完成複核；認其申請複核有理由者，應即變更或撤銷原核定之補助項目或金額。

第十條 不予支付補助費用之事由

乙方申報補助費用案件，經審查有下列情形之一者，除得予補正者外，應不予支付該部分之費用，並註明不予支付之內容及理由：

- 一、非甲方核定之服務項目、額度、數量或低於核定規格。
- 二、未依契約第十三條第二項第二款第一目規定，確實核對個案身分證明及相關文件或個案已不符使用資格仍提供服務。
- 三、未依契約第十三條第二項第二款第五目規定，提供輔具諮詢、輔具選用建議、使用教學、依評估報告書提供輔具尺寸及規格調整配置及相關服務者。
- 四、違反契約第十三條第二項第三款、第四款各目規定。
- 五、未於服務提供後之次月10日前，至指定之資訊系統如實登載服務內容、完成系統申報作業，並檢具相關資料，向本所申報前1月份之服務費用。
- 六、針對個案購置輔具或施作居家無障礙環境改善服務項目服務費用，未開立購買證明或未依規定收取部分負擔費用。
- 七、以詐欺或其他不正當行為重複領取服務費用或為虛偽之證明及申報服務費用者。
- 八、個案因接受單位服務，認為損害其權利而請求賠償時，未於時效內通知本所或與個案進行協商。
- 九、輔具規格、居家無障礙環境改善裝設，未符合衛生福利部規範之功能、規格或相關配備，或與核定文件及輔具評估報告書不符。
- 十、未經核定，先行販售輔具或施作居家無障礙環境改善服務者。
- 十一、違反長期照顧服務申請及給付辦法、身心障礙者輔具費用補助基準表、身

心障礙者醫療輔具費用補助之規定。

十二、未經備查，自行變更居家無障礙環境改善服務勘查費收費標準。

十三、違反其他相關法令。

第十一條 補助費用追扣或追償

一、甲方對於已完成支付案件，得於2年內，以抽樣或其他方式審查乙方實際辦理作業情形，經查有第十條所定情形者，應予扣抵或追償，但應自甲方知悉之日起1年內為之。

二、前項情形，甲方得斟酌其違規情節或涉虛報、浮報之額度，核定扣抵或追償之金額。扣抵者，得自甲方知悉後6個月內之核定服務費用分期扣抵；乙方有下列情事之一或情節重大者，甲方得加收追償金額2倍之違約金及依藥事法等相關規定函送有關單位辦理：

(一)輔具規格、居家無障礙環境改善裝設，未符合長期照顧服務申請及給付辦法 規範之功能、規格或相關配備，或與「輔具服務補助核定結果通知書」、「輔具(含居家無障礙設施及相關設備)評估報告書」不符。

(二)虛報、浮報服務費用或對業務、財務為不實陳報者。

(三)針對個案購置輔具或施作居家無障礙環境改善服務項目服務費用，未開立購買證明或未依規定收取部分負擔費用。

(四)以詐欺或其他不正當行為重複領取服務費用或為虛偽之證明及申報服務費用者。

(五)違反長期照顧相關法令或長期照顧服務申請及給付辦法之規定。

(六)違反其他相關法令。

三、其他應可歸責於乙方之事由。

第十二條 補助費用轉帳

一、甲方撥付補助費用，均採轉帳方式辦理，乙方應於金融機構開立帳戶後，主動通知甲方；帳戶變更時，亦同。另，特約單位收款帳戶僅限台灣銀行帳戶免扣收匯款手續費。

二、如由總公司/地區經理作為乙方代表簽約，甲方撥付補助費用，均依核銷請款單位(分店)辦理。

三、乙方變更帳戶，應於申報核銷前辦理變更手續，若無法於申報當月10日前完成變更手續時，應主動通知甲方，待變更完成後，補申報補助費用。

第十三條 權利及責任

一、甲方應辦理下列事項：

(一)對於乙方服務辦理情形得隨時進行瞭解及督導(輔導)或辦理檢核、抽查機制。

(二)甲方為瞭解乙方提供服務之情形，得通知其提供相關服務資料，並得派員訪查之。訪查時，甲方應出示有關執行職務之證明文件或顯示足資辨別之標誌；乙方應提供必要之協助，不得規避、妨礙或拒絕。

(三)依執行情形將補助費用核付乙方；若發現乙方有短報或漏報者，應通知乙

方。

(四)不定期辦理個案服務滿意度調查。

二、乙方應辦理下列事項：

(一)接受甲方或甲方委託單位之輔導、監督、檢核或販售之輔具追蹤、適配及檢核機制。

(二)提供服務：

1. 個案每次接受服務時，乙方應核對個案身分證明及相關文件，其有冒名接受服務或已不符使用資格時，應不予提供服務。
2. 乙方須依甲方審查核定之文件提供輔具及居家無障礙環境修繕。
3. 乙方提供服務，應配合甲方收集資料。
4. 針對個案部分負擔所繳付之補助費用，應事先取得個案或家屬同意，並簽訂輔具購買補助證明。
5. 提供輔具諮詢、輔具選用建議、使用教學、依評估報告書提供輔具尺寸及規格調整配置及相關服務。

(三)乙方對個案提供服務時，不得有下列行為：

1. 不得預收補助款項及巧立名目向民眾收取費用。
2. 侵害個案及其家屬隱私權。
3. 因個案之性別、出生地、種族、宗教、教育、職業、婚姻狀況、生理狀況而為歧視或不公平待遇。
4. 向個案借貸及不當金錢往來之行為。
5. 提供非屬核定內容之產品。
6. 假借廣告名義，行招攬服務。
7. 自行回收民眾舊有輔具，應協助民眾與本縣輔具資源中心聯繫，進行回收再利用。

(四)乙方已向甲方申請核撥支付補助費用，惟個案因故退貨，乙方應主動告知甲方，並辦理返還甲方支付補助費用。

三、其他：

(一)乙方代理人、使用人、受僱人之故意或過失，視為乙方之故意或過失。乙方如未依契約文件之約定或其他可歸責於乙方之事由，致使甲方負國家賠償責任或其他損害賠償責任時，不論本契約之履約期限是否屆滿，甲方對乙方均有求償權利。

(二)個案因接受乙方服務，認為乙方損害其權利而請求賠償時，乙方除應自個案請求之日起7日內，以書面、傳真或電子郵件方式通知甲方外，並於30日內與個案進行協商。

第十四條 品質監測

一、乙方應配合甲方或衛生福利部不定期針對服務狀況進行查核。

二、甲方委託宜蘭縣溪北、溪南輔具資源中心不定期以到宅檢核、追蹤等方式確

認個案或其家屬有關乙方所提供之輔具使用狀況。

三、甲方委託宜蘭縣溪北、溪南輔具資源中心不定期以電話抽樣訪問個案或其家屬有關接受乙方服務之概況、服務日期或滿意度等。

四、乙方應配合甲方通知，派員出席相關教育訓練或會議。

第十五條 契約變更

一、甲方於必要時，得於契約所約定之範圍內通知乙方變更契約。乙方於接獲通知後，應向甲方提出履約標的、履約期限或其他契約內容變更之相關文件。

二、於甲方接受乙方所提出契約內容變更之相關文件前，乙方不得自行變更契約。除甲方另有請求者外，乙方不得因前款之通知而遲延履約。

三、契約之變更，非經甲方及乙方雙方合意，作成書面紀錄，並簽名或蓋章者，無效。

四、有下列情形之一者，乙方或甲方得於情事發生後30日內，以書面提出變更契約之請求：

(一) 適用法令有變更。

(二) 年度預算異動致影響本契約之執行。

(三) 其他不可抗力事由致影響本契約之執行。

五、甲方或乙方應於接到他方請求變更契約之日起30日內，以書面回覆是否同意；逾期未回覆者，他方得終止契約。

第十六條 暫停撥付款項

乙方有下列情形之一者，經甲方通知限期改善，逾期未改善者，甲方得自期限屆滿之次日起10日內，暫停撥付款項：

一、以假冒、冒用、詐術或其他不法行為申請或領取補助者。

二、針對個案部分負擔所繳付之費用，未開立輔具購買補助證明。

三、規避、妨礙、拖延或拒絕甲方之查核。

四、設立登記資料異動，未於事實發生15日內主動檢具相關資料，以書面通知長照所。

五、對於個案申請資格異動，或長期照顧服務原因消失之情形，予以隱匿或不為通報。

六、其他經長照所認定應暫停撥付款項之事由。

第十七條 契約終止

一、乙方有下列情形之一者，甲方得終止契約：

(一) 擅自將業務之全部或一部移轉與第三人。

(二) 以詐欺或其他不正當行為重複領取補助費用或為虛偽之證明及請領補助費用，情節重大。

(三) 虛報、浮報服務費用或對業務、財務為不實陳報，情節重大。

(四) 不辦理本契約履約服務項目及違反專業倫理守則者，經甲方通知限期改

善，逾期未改善。

(五) 偽造或變造契約或履約相關文件，經查明屬實。

(六) 違反法令及本契約規定，情節重大。

(七) 違反法令規定，經主管機關廢止設立許可。

(八) 乙方有「宜蘭縣輔具購買及居家無障礙環境改善代償墊付服務特約單位品質管理記點原則」情形，於契約期間違約記點累計達十點者。

二、前項情形如造成損害，甲方並得請求賠償。

三、乙方有第一項各款情事，經甲方終止契約者，於契約終止後次年度不得申請簽約提供長期照顧輔具及居家無障礙環境改善服務、身心障礙者生活輔具及身心障礙者醫療輔具服務，另身障生活及身障醫療輔具將列入不良廠商且甲方須登錄至全國身心障礙福利資訊整合平台及本所官方網站供全國地方政府知悉。

四、乙方因遷移或歇業情事者，應主動通知甲方，甲方應即終止契約。

五、本契約自終止之日起，甲乙雙方之權利義務即行消滅，惟仍須互負相關之餘款撥付、溢領款繳回及保密義務。

第十八條 追扣補助費用、暫停撥付款項、終止契約之異議

一、甲方追扣補助費用、暫停撥付款項、終止契約前，應先以書面通知乙方。乙方如有不服，得於收受甲方通知之日起30日內，檢具相關事證，以書面向甲方提出異議，但以1次為限。

二、甲方應於收到乙方書面異議之日起30日內重行審查違約事由；認其異議有理由者，應另行通知並為適當之處置。

第十九條 爭議處理

一、甲方與乙方因履約而生爭議者，應依法令及契約規定，考量公共利益及公平合理，本誠信和諧，盡力協調解決之。其未能達成協議者，得以行政爭訟方式處理之。

二、履約爭議發生後，履約事項之處理原則如下：

(一) 與爭議無關或不受影響之部分，乙方應繼續履約。但經甲方同意無須履約者，不在此限。

(二) 於爭議期間，甲方得暫停撥付款項予乙方；乙方服務中之個案，不因爭議暫停服務。

三、本契約所生訴訟，雙方同意標的金額在新臺幣40萬元以下者，以宜蘭地方法院行政訴訟庭為第一審管轄法院；餘以臺北高等行政法院為第一審管轄法院。

第二十條

本契約未載明之事項，依行政程序法、民法等相關法律規定。

第二十一條

本契約如有未盡事宜，經甲乙雙方同意，得以附約或換文補充之，其效力與本契約

同。

立契約書人：

甲方：宜蘭縣長期照護服務管理所

代表人：游淑靜

地址：宜蘭縣宜蘭市聖後街141號

電話：(039)-359990

乙方：

代表人：

地址：

聯絡人：

電話：

中華民國 年 月 日

廠商切結書

本廠商_____申請宜蘭縣輔具購買及居家無障礙環境改善服務特約單位，確實未曾涉有與輔具補助相關之刑事犯罪紀錄（刑法第210條、214條、339條），對於廠商之責任，包括刑事、民事與行政責任，已充分瞭解相關法令規定，且未有政府採購法第103條所訂拒絕往來廠商之情事，並願確實遵行。

立書人

廠商： (蓋章)

負責人： (蓋章)

大小印

發票專用章

中華民國 年 月 日

衛生福利部社會及家庭署

附件2

「身心障礙者輔具補助廠商請款作業系統」

合約廠商帳號申請表

申請日期	年 月 日	申請項目	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 註銷
所屬縣市	<input checked="" type="checkbox"/> 宜蘭縣 <input type="checkbox"/> 基隆市 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 桃園市 <input type="checkbox"/> 新竹縣 <input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 臺中市 <input type="checkbox"/> 彰化縣 <input type="checkbox"/> 南投縣 <input type="checkbox"/> 雲林縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 嘉義市 <input type="checkbox"/> 臺南市 <input type="checkbox"/> 高雄市 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 花蓮縣 <input type="checkbox"/> 臺東縣 <input type="checkbox"/> 澎湖縣 <input type="checkbox"/> 金門縣 <input type="checkbox"/> 連江縣		
單位名稱		簽約代碼	
使用者姓名	(例: 頂溪門市-黃曉明)	身分證字號	
聯絡電話		傳真號碼	
電子信箱			
核發帳號	由系統管理人員通知	核發密碼	由系統管理人員通知
申請單位 核 章		核准單位 核 章	

※系統帳號、密碼由台灣資服股份有限公司建立後，寄發給貴單位。

領款收據

茲收到宜蘭縣長期照護服務管理所撥付___等___人「補助購置 00 輔具費用」(明細詳如請款清冊)，計新臺幣__拾__萬__仟__佰__拾__元整，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，領款單位自願退還所領取之費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，願負一切法律責任，絕無異議。

此致

宜蘭縣長期照護服務管理所

領款廠商：

蓋章：

統一編號：

負責人：

聯絡電話：

住址：

銀行：_____ 解款代碼：

帳戶名稱：

銀行帳號：

大小印

中華民國 年 月 日

請款清冊

表5

廠商名稱： 廠商統編： 承辦人：

會計年度： 月份：

編號	購買日期			個案姓名	身分證字號	經濟狀況別	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	統一發票號碼	核定金額	購買金額	申請補助金額	民眾自費金額
	年	月	日												
合計															
廠商用印															

輔具支出憑證黏存單

表6

廠商名稱：

黏存單 編號	項目	單據金額						備註
		拾萬	萬	千	佰	拾	元	
1	輔具 (詳如 請款清冊)							共 人
經手人					負責人			

憑證1黏貼處

憑證2黏貼處

憑證3黏貼處

憑證4黏貼處

憑證5黏貼處

*每張黏存單以五人為限

00 輔具購買補助證明

表7

本人_____（個案姓名）確已收到_____（廠商名稱）販售之
輔助器具，明細如下，所請代辦之憑證若經政府查核有不符規定情事，
自願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，
願負一切法律責任，絕無異議。

購買明細：

單位：元

編號	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	購買金額	申請補助金額	民眾自費金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							

註：購買金額應等於申請補助金額及民眾自費金額之加總。

此致

宜蘭縣長期照護服務管理所

申請人簽章：_____

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受託人簽名或蓋章：_____

身分證字號：

受託人與申請人之關係：

中華民國 年 月 日

輔具照片

表8

個案姓名：

購買項目：

*請檢附兩張照片：每項輔具拍攝一張個案使用照片；另一張拍攝輔具產品序號之特寫。

照片 (1)

(個案使用輔具照片)

照片 (2)

(輔具產品序號特寫)