

宜蘭縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具核銷申請表

鄉鎮市別：

申請日期： 年 月 日

身心障礙者姓名				身分證字號			
核定補助項目	第 1 項：	實際購置金額	1.	元			
	第 2 項：		2.	元			
	第 3 項：		3.	元			
	第 4 項：		4.	元			
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 宜蘭縣長期照護服務管理所核定函影本。 <input type="checkbox"/> 申請人、委託人身分證正反面影本或足資證明與委託人關係之證明文件。 <input type="checkbox"/> 申請人郵局/金融機構儲金簿封面影本。 <input type="checkbox"/> 核定日起六個月內註明廠牌及型號之發票或收據正本（出具收據廠商需為國稅局核定免稅統一發票者並加蓋免稅統一發票章）。 <input type="checkbox"/> 委託書或改撥帳戶申請書。 <input type="checkbox"/> 照片二張，一需為清楚呈現所購置之輔具全貌，另一為申請者使用該輔具之照片。			<input type="checkbox"/> 輔具供應商出具保固書之影本（保固書正本由申請人留存）。保固書應載明產品規格（含本縣身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助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、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"/> 其他：（依醫療復健費用及醫療輔具補助標準之規定文件）。			
郵局局號		郵局/金融機構帳號		聯絡電話			
切結書	茲具結 _____（身障者姓名）確實已購買本所核定補助之輔助器具，並已在使用中，如有不實、轉售或租借他人使用，願負一切法律責任，並無條件繳回補助款，特立切結書為憑。 立切結書人（簽章）： _____ 身分證字號： _____ 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
複審結果及核章	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定准予核銷，總計核定補助新臺幣 _____ 元。 ※說明：第(1)項 <input type="checkbox"/> 補助新臺幣 _____ 元。第(2)項 <input type="checkbox"/> 補助新臺幣 _____ 元。 第(3)項 <input type="checkbox"/> 補助新臺幣 _____ 元。第(4)項 <input type="checkbox"/> 補助新臺幣 _____ 元。 <input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔具費用補助標準規定不予核銷。						
	承辦人	組長		機關首長			
備註	1. 由身障者家屬（法定代理人）代為申請者，須檢附足資證明親屬關係之證明文件。 2. 非台灣銀行帳戶者，需扣手續費 30 元。 3. 所送資料備齊者，於受理申請撥付補助款後一個月內完成核撥。						

委 託 書

本人_____ (簽名) 茲因：重病 不識字 行動不便

其他_____ (請說明)，無法親自辦理申請**身障輔**

助器具補助，特委託_____ (簽名) 持本人之身分證/身障手冊影本等相關申請輔具補助應備文件及本委託書，代為申請辦理，如有不實，願負法律責任。

此致

宜蘭縣政府

委託人： (簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受託人： (簽章) 與委託人關係：

身分證字號：

連絡電話：

戶籍地址：

連絡地址：

(委託人及受託人需檢附身分證正反面影本或足資證明與委託人關係之證明文件)

中 華 民 國 年 月 日

改撥不同帳戶申請書

本人_____ (簽名) 特委託_____ (簽名) 代為領取身心障礙者生活輔助器具補助，擬請宜蘭縣政府准予將輔具補助金匯入受託人之郵局帳戶。(郵局局號：_____ 郵局帳號：_____)

此致

宜蘭縣政府

委託人： (簽章)

身分證字號：

受託人： (簽章) 與委託人關係：

身分證字號：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

※申請改撥不同帳戶須檢附受託人身分證影本及足資證明與委託人關係之證明文件。