

# 臺中市身心障礙輔具費用暨醫療費用補助請款申請書

(請款 1)

臺中市 大里 區

申請日期： 年 月 日

|                  |   |  |   |  |  |
|------------------|---|--|---|--|--|
| 身障者姓名            |   | 身份證字號  |   | 聯絡電話   |  |
| 受託者姓名            |   | 與身障者關係   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> (其他) _____ |  |  |
| 公文送達地            |   |  |   |  |  |
| 應<br>文<br>備<br>件 | 一、基本應備文件：<br><input type="checkbox"/> 1. 同意補助核定函、核定結果通知書影本 (請款數量、項目與核定結果不同或不購買時請於核定函影本空白處寫明原因後簽章)。<br><input type="checkbox"/> 2. 核定日起六個月內之購買憑證正本(統一發票或收據)。<br><input type="checkbox"/> 3. 申請人之存摺封面影本(若非身心障礙者本人帳戶，請填同意授權聲明，並檢附足資證明親屬關係之證明文件，如戶口名簿影本、身分證等)。<br><input type="checkbox"/> 4. 申請人身分證(14歲以下戶口名簿)、印章及身心障礙證明。若委託辦理，應填妥下列「代理申請委託(授權)聲明」一欄或攜帶受託人身分證及印章。<br><input type="checkbox"/> 5. 輔具買賣保固切結書正本(請款 6)<br><input type="checkbox"/> 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)。<br>保固書應載明產品規格(含身心障礙者輔具費用補助基準表、醫療費用及醫療輔具補助標準表及本府增訂表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。  |  |   |  |  |
|                  | 二、特定輔具項目應備文件：<br><input type="checkbox"/> 1. 診斷書或輔具評估報告書正本(依輔具補助基準表規定檢附)。<br><input type="checkbox"/> 2. 申請特製機車或汽車、機車改裝者，應附駕駛執照正反面影本(須經發照機關加註使用特製車類等字樣)及行車執照正反面影本。再度申請特製機車(含修訂前之「特製三輪機車」)時，應檢附原機車報廢證明。<br><input type="checkbox"/> 3. 呼吸器若為租賃者，租賃契約書應載明規格(含醫療費用及醫療輔具補助標準表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。<br><input type="checkbox"/> 4. 申請居家無障礙設施改善者，應檢附施工前後照片、改善項目及規格說明、房屋所有權狀影本(或建物登記第一類謄本、房屋稅繳費單據)(非自有房屋者，須再檢附屋主施工同意書、租賃契約書影本)。<br><input type="checkbox"/> 5. 25歲以下仍在國內日間部就學者，申請助聽器並適用補助相關規定其他規定(五)，應檢附學生在學證明文件(義務教育階段免附)。<br><input type="checkbox"/> 6. 其他：_____。 |  |   |  |  |
| 代理申請委託(授權)聲明     | 委託人(申請人)：_____【簽章】已瞭解本辦法及基準表相關規定事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】代為申請(身分證字號_____ )與委託人關係：_____, 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。   |  |   |  |  |
| 核定輔具             | 編號一   | 編號二  | 編號三   | 編號四  |  |
| 品名               |   |  |   |  |  |
| 購買金額             | 元   | 元  | 元   | 元  |  |
| 補助金額             | <input type="checkbox"/> 符合 元<br><input type="checkbox"/> 不符合：  | <input type="checkbox"/> 符合 元<br><input type="checkbox"/> 不符合： | <input type="checkbox"/> 符合 元<br><input type="checkbox"/> 不符合：                              | <input type="checkbox"/> 符合 元<br><input type="checkbox"/> 不符合： |  |
| 補助金額總計           |   |  |   | 元  |  |
| 核章               | 承辦人   | 課長   |   | 區長   |  |
|                  |   |  |   |  |  |

# 臺中市身心障礙輔具費用暨醫療費用補助核銷資料黏貼表 (請款2)

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

1. 統一發票：請檢查是否是否填妥品名、數量、單價、總價、發票開立日期及買受人姓名(同申請人)，並蓋妥統一發票章(章上無負責人姓名者須加蓋負責人私章)。
  - (1)電子發票須附正本及影本各一張，並請買受人於影本上簽章。
  - (2)三聯式發票須將第二聯(扣抵聯)與第三聯(收執聯)一併黏貼。
  - (3)電子發票、收銀機發票得免加蓋統一發票章。
2. 收據：請檢查是否是否填妥品名、數量、單價、總價、開立日期及買受人姓名(同申請人)。
  - (1)一般收據開立者須為國稅局核准免用統一發票者，並加蓋免用統一發票章及負責人私章；如無「免用統一發票」字樣，需另附廠商免用統一發票證明或國稅局營業稅核定稅額繳款書影本。
  - (2)醫院收據須蓋有醫院收費章(圓戳章)。

註：

- (1)未填妥品名、數量、單價者，請買受人寫上品名且簽章。
- (2)收銀機發票或電子發票無法列印買受人名稱者，得由買受人寫上姓名並蓋章。

# 臺中市身心障礙輔具費用暨醫療費用補助

(請款 3)

## 收 據

※本表可依各公所實際需要使用。

|  |                           |    |      |
|--|---------------------------|----|------|
| 摘要   | 申請人_____君之身心障礙輔具費用暨醫療費用補助 | 備考 | TEL: |
| 金額   | 新臺幣 _____ 元整              |    |      |
| 上款已照數領訖此據<br>臺中市 大里 區公所 台照<br>領款人住址：<br>領款人： (簽名或蓋章)<br>身分證字號：<br>中華民國 年 月 日 |                           |    |      |

# 臺中市身心障礙輔具費用暨醫療費用補助

## 收 據

|  |                           |    |      |
|--|---------------------------|----|------|
| 摘要   | 申請人_____君之身心障礙輔具費用暨醫療費用補助 | 備考 | TEL: |
| 金額   | 新臺幣 _____ 萬 仟 佰 拾 元整      |    |      |
| 上款已照數領訖此據<br>臺中市 大里 區公所 台照<br>領款人住址：<br>領款人： (簽名或蓋章)<br>身分證字號：<br>中華民國 年 月 日 |                           |    |      |

# 臺中市身心障礙輔具費用暨醫療費用補助核銷資料黏貼表 (請款4)

※本表可依各公所實際需要使用。

## 【存簿儲金封面影本】

浮 貼 處

註：

1. 受監護宣告、輔助宣告或無任何存款帳戶者，請勿當受款人，以方便支票作業程序。
2. 請檢查局號、帳號、戶名是否清楚。

同意  
授權  
聲明

申請人\_\_\_\_\_ (身心障礙者)申請身心障礙者輔具費用補助，因\_\_\_\_\_ (原因)，懇請准予轉帳家屬\_\_\_\_\_ (身分證字號\_\_\_\_\_ )，與家屬關係為\_\_\_\_\_ )存摺，若查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。  
受委託人簽章：\_\_\_\_\_

## 【申請人身份證影本正面】

浮 貼 處

## 【申請人身份證影本反面】

浮 貼 處

## 【親屬關係證明文件】

浮 貼 處

註：

1. 如身分證正反面影本、戶口名簿影本等足資證明其親屬關係之相關文件。



# 臺中市身心障礙者輔具費用補助

※此表須收正本

## 輔具買賣保固切結書

立切結廠商 \_\_\_\_\_ (公司、行、號) 確實於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日售予

\_\_\_\_\_ 君下列輔具，如有不實，願負一切法律責任。同時，所銷售輔具符合核定之項目，經檢測若有不符，願配合改善或更換。

輔具名稱： \_\_\_\_\_

廠 牌： \_\_\_\_\_

型 號： \_\_\_\_\_

序 號： \_\_\_\_\_

規格與配件 (皆需依 各補助項目 載明 規格或功能規範)： ※量身訂製者須在此區描述其量製內容

\_\_\_\_\_

醫療器材查驗登記字號： \_\_\_\_\_ 字第 \_\_\_\_\_ 號 ※註：基本表無規定者免填

其他證號： \_\_\_\_\_ ※手機須國家通訊主管機關型式認證審驗合格標籤號碼

保固起迄日期：自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止

附加 (勾選)：  中文保固書  中文使用說明書  其他認證文件 \_\_\_\_\_

售出價款計新台幣： \_\_\_\_\_ 萬 \_\_\_\_\_ 仟 \_\_\_\_\_ 佰 \_\_\_\_\_ 拾 \_\_\_\_\_ 元整

此致

臺中市 大里 區公所

售出單位 (公司行號)： \_\_\_\_\_ (請於右側欄位蓋章)

負責人： \_\_\_\_\_ (請於右側欄位蓋章)

營利事業統一編號： \_\_\_\_\_

營業所地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_



中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※上表請填具詳細完整，表格不敷使用請自行影印。