

彰化縣衛生局長照輔具購買及居家無障礙環境改善給付申請表

申請日期(文件備齊日): 年 月 日

申請人姓名	身分證統一編號		出生年月日		年 月 日								
聯絡電話	通訊地址												
受委託人姓名	身分證統一編號		與申請人關係	購買日期									
聯絡地址				聯絡電話									
福利身分別	☐ 長照低收入戶 ☐ 長照中低收入戶 ☐ 一般戶(非低收、中低收入戶)												
申請項目 請勾選 (V)	生活輔具(E碼)												
	☐ 馬桶增高器 ☐ 便盆椅 ☐ 沐浴椅 ☐ 單支拐杖(不銹鋼製·鋁製) ☐ 助行器 ☐ 帶輪型助步車 ☐ 輪椅(☐ A款· ☐ B款· ☐ C款) ☐ 輪椅附加功能(☐ A款· ☐ B款· ☐ C款) ☐ 輪椅擺位系統(☐ A款· ☐ B款· ☐ C款· ☐ D款) ☐ 移位腰帶 ☐ 移位板 ☐ 移位轉盤 ☐ 移位機 ☐ 人力移位吊帶 ☐ 移位滑墊(☐ A款· ☐ B款)			☐ 移位機 ☐ 移位機吊帶 ☐ 電話擴音器 ☐ 電話閃光震動器 ☐ 火警閃光警示器 ☐ 門鈴閃光器 ☐ 無線震動警示器 ☐ 衣著用輔具 ☐ 居家用生活輔具 ☐ 飲食用輔具 ☐ 氣墊床(☐ A款· ☐ B款) ☐ 輪椅座墊(☐ A款· ☐ B款· ☐ C款· ☐ D款· ☐ E款· ☐ F款· ☐ G款) ☐ 居家照顧用床(☐ 無附加功能· ☐ 附加功能A款· ☐ 附加功能B款)									
檢具文件 請勾選 (V)	☐ 專業治療師或輔具評估人員評估報告書 ☐ 輔具產品保固書影本 ☐ 輔具核定通知書(暨公文函)及或核定表綠聯 ☐ 統一發票(或收據)(需蓋立統一發票專用章/免用統一發票及負責人章,並註明申請人姓名、品名、價格) ☐ 輔具及使用輔具照片 ☐ 其他_____												
給付證明書	失能老人_____確已收到_____販售(或修繕)之輔助器具,本人同意經廠商申報下列輔具給付額度後,自本人長照輔具服務額度中扣除,所請代辦之憑證若經縣市政府查核有不符規定情事,願自行負擔購買費用,且如涉及詐欺或其他不法行為請領給付費用,願負一切法律責任,絕無異議。購買明細如下表: 單位(元)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>品項</th> <th>發票總金額</th> <th>補助總金額</th> <th>自行負擔金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>參見申請項目欄位</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 註:購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總。 本人聲明已閱讀並了解申請表內容,同時證明在申請表內所填各項資料均是真實無誤,如為代填,代填人亦將表內事項詳告申請人。並同意或授權主管機關如有審核之必要,可協助調查本人、戶籍、受委託人相關資料。 申請人:_____簽(章) ; 受委託人:_____簽(章)						品項	發票總金額	補助總金額	自行負擔金額	參見申請項目欄位		
品項	發票總金額	補助總金額	自行負擔金額										
參見申請項目欄位													
審核欄位	初審-特約廠商 補助金額: 元整。		複審-衛生局 補助金額: 元整。										
	特約廠商(店名職章)		承辦:										

輔具購置照片黏貼表

請檢附二張照片，表格不敷使用請自行影印

照片(1) (輔具全貌照片) (流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)
照片(2) (輔具使用照片)
照片(1) (輔具全貌照片) (流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)
照片(2) (輔具使用照片)
照片(1) (輔具全貌照片) (流體壓力床墊、氣墊床及輪椅座墊項目，請將外罩掀開)
照片(2) (輔具使用照片)

購買憑證

(表格不敷使用時請自行影印)

統一發票或免用統一發票收據	黏貼處

購買憑證

統一發票或免用統一發票收據	黏貼處

(表格不敷使用時請自行影印)

輔具保固書黏貼處

請將市售輔具所付保固書影本黏貼於下欄

*正本請交給民眾保管

如所付保固書產品名稱與公文產品名稱有異，請手動修改後核章

例：保固書上是居家電動床，請手動改為「居家照顧床+附加功能 A 款+附加功能 A 款」