

臺南市身心障礙者醫療輔具費用補助申請表

申請日期： 年 月 日 (申1)

身心障礙者姓名	陳00	蓋章	身分證字號	A123456789	障礙類別	0障	障礙等級	0度
出生年月日	010年01月01日，年齡：_____歲_____月				聯絡電話	6116111.0999121400		
公文送達地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (與戶籍地不同者請將郵遞區號寫清處) 臺0市00區00里00鄰000之321號							
申請人姓名	陳00	蓋章	身分證字號	A111233556	與身障者關係	父子	聯絡電話	6116111.0999121400
經濟條件	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 (需檢附中低收入戶證明或蓋章) <input type="checkbox"/> 低收入戶 (需檢附低收入戶證明或蓋章)							
申請輔具項目名稱	1. 氧氣製造機		2. 抽痰機		3.		醫療費用 <input type="checkbox"/> 人工電子耳植入手術費用 <input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用 <input type="checkbox"/> 開用醫療輔具評估報告費用	
注意事項	<p>1. 申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具之補助年限，每人每2年度以合計申請4項輔具補助為限 (合併醫療輔具補助項次計算)。計算基準舉例如下：(1)某甲於101年申請1項，則102年可申請3項。 (2)某乙於101年申請4項，則102年不可申請，103年則可申請4項。</p> <p>2. 本局得視實際需要，輔具得採現金給付方式辦理，並派員進行後續追蹤與輔導輔具使用情形。</p> <p>3. 依其他法令規定申請相同性質之醫療費用、醫療輔具補助，與依本辦法申請補助者，僅得從優擇一補助。</p> <p>4. 以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本市將不予補助，已補助者本市將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。</p> <p>5. 輔具項目按標準表規定，若需檢附醫師診斷書及評估建議書者，請先依醫師診斷、治療師評估建議後依其建議事項購買，若已先購買輔具再開立評估建議書者，不予補助，但特殊情況者除外。</p> <p>6. 標準表內編號1-7之補助項目，限居家自我照顧所需者申請。</p>							
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 國民身分證或戶口名簿或戶籍謄本正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙手冊或身心障礙證明正反面影本 (請黏貼於委託書)。 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶證明、中低收入戶證明正本 (請公所務必協助確認後附上證明)。 <input type="checkbox"/> 4. 三個月內身心障礙鑑定醫院醫師診斷證明書正本 (需由相關專科醫師開立)。 <input type="checkbox"/> 5. 三個月內輔具評估報告書正本 (雙向陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機、壓力衣)。 <input type="checkbox"/> 6. 醫院開立之收據 (診斷證明書、醫療輔具評估報告)。 <input type="checkbox"/> 7. 其他應附文件 (委託辦理者須附國民身分證正反面影本及委託書)							
區公所 初審 意見	<input type="checkbox"/> 符合本市身心障礙者輔具費用補助標準規定。 <input type="checkbox"/> 不符合本市身心障礙者輔具費用補助標準規定，退件。 <input type="checkbox"/> 其他： 低收、中低收蓋章處： 前四項年限未滿之申請項目： <input type="checkbox"/> 無				核 章	承辦人		
	1. _____ 3. 2. _____ 4.					課長		
市政府 複審 結果	<input type="checkbox"/> 符合補助之規定，核定補助之輔具類別及金額為：				核 章	複審人員		
	1. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年					承辦人		
	2. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年					科長		
	3. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年					局長		
4. _____ 新臺幣 _____ 元，最低使用年限 _____ 年								
<input type="checkbox"/> 不符合補助，退件原因：								

附註：請依序裝訂1.申請書2.委託書3.國民身分證或戶口名簿或戶籍謄本正反面影本4.診斷書5.評估表6.其他

本人同意主管機關如基於評估及審核必要，得調閱本人及家屬之戶籍或有關資料，並同意作為本案處理、歸檔等業務使用。

切 結 書

(申3)

申請人 陳00 (身心障礙者) 申請身心障礙者醫療輔具 氧氣製造機、抽痰機，確實最近一年居住臺灣超過183天，且在(輔具使用地址) 臺0市00區00里00鄰000之321號 居家使用，非在養護機構使用，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

立書人簽名：陳00

蓋章：

身分證字號：A111233556

與身障者關係：父子

聯絡電話：6116111.0999121400

聯絡住址：臺0市00區00里00鄰000之321號

中 華 民 國 年 月 日

*醫療輔具限居家使用，需於家屬家中使用者。

臺南市身心障礙者醫療輔具補助核銷請款書

(核1)

身障者姓名	陳00	身分證字號	A123456789	聯絡電話	6116111.0999121400
受訪者姓名	陳00	與身障者關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> (其他) _____		
戶籍地址	臺0市00區00里00鄰000之321號				
聯絡地址	臺0市00區00里00鄰000之321號				
應文 備件	<input type="checkbox"/> 1. 本府審核通過核定公文影本。(核定項目請同時核銷,核銷時數量和核定時不同或不購買時請於核定函影本空白處寫明不購買原因後簽名蓋章) <input type="checkbox"/> 2. 申請人之存摺封面影本。(須5年內仍有使用之存戶、非禁止戶之戶名及帳號;若非身心障礙者本人帳戶,則需填同意書)。 <input type="checkbox"/> 3. 統一發票或收據正本(出具收據廠商需為國稅局核定免用統一發票者並加蓋免用統一發票章)。 <input type="checkbox"/> 4. 領據及印章。 <input type="checkbox"/> 5. 輔具照片。 <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)。 (1)本表輔具編碼1至6項保固書應載明產品規格:含本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、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。 (2)本表輔具編碼7至14項保固書應載明產品規格:含本標準所定本項輔具之規格或功能規範內容、保固年限(不得低於三個月)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、服務電話。 (3)租賃契約書應載明規格(含本標準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。 <input type="checkbox"/> 7. 其他應備文件(依申請項目檢附不同之文件。應備文件係內政部「身心障礙者輔具費用補助辦法」(以下簡稱本辦法)及「身心障礙者輔具費用補助基準表」(以下簡稱基準表)及其他相關規定。) *申請人須自公文核定日起6個月內遞送核銷請款書,以至區公所送件時間為準*				
切結書	茲具結 <u>陳00</u> 確實已購買本府核定補助之輔助器具,並已在居家使用中,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。且所申請項目並未超過「每人每2年度以申請4項輔具補助」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(或受託人)簽名: <u>陳00</u> 蓋章: _____ 申請及切結日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日				
代理申請委託(授權)書					
委託人(即申請人): <u>陳00</u> 【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: <u>陳00</u> 【簽章】(關係: <u>父子</u>) 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。					
核定輔具	項次一	項次二	項次三	項次四	
品名	氧氣製造機	抽痰機			
受託人身分證正反面影本浮貼處			核 章	承辦人	
				課長	
				區長	
備註	1. 由身障者家屬代為申請者,須檢附足資證明親屬關係之證明文件(如戶籍謄本、身分證等)。 2. 由機構、村里長或其他公益單位代為申請者,委託書須加蓋單位大小章、村里長章或檢附其他足資證明申請人身份之證明文件。				

附註:請依序裝訂(以下表格請單面使用) 1. 輔具補助核銷請款書 2. 核銷資料黏貼表正本 3. 核銷資料黏貼表影本 4. 黏貼表輔具照片 5. 領據、同意書 6. 輔具供應商出具保固書 7. 其他

臺南市身心障礙者醫療輔具補助核銷資料黏貼表

收件日期： 年 月 日 (核2)

【身心障礙手冊或證明影本正面】

浮 貼 處

【身心障礙手冊或證明影本背面】

浮 貼 處

1. 身心障礙手冊影本請檢查身分證字號是否清楚。

【存簿儲金封面影本】

浮 貼 處

2. 存戶需先確定5年內仍有使用，存簿儲金封面影本請檢查局號帳號是否清楚。

存簿持有人姓名	身分證字號	與身障者關係	局號	帳號

↑身障者本人存簿請填領據，家屬存簿請填領據及陳情書。

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
---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

3. 發票(或收據或免費統一發票收據)請檢查是否蓋妥統一發票章及負責人章(電子發票正本及影本各乙張同貼於空白處，並請買受人寫上品名並簽名蓋章，收銀機發票需加蓋統一發票章並請買受人寫上品名且簽名蓋章)

臺南市核銷醫療輔具費用補助之輔具照片黏貼處

(核3)

領款收據

(核4)

茲收到身心障礙者 陳00 醫療輔具補助費計新臺幣 萬 千 佰 拾 元整，前款已如數領訖，所送各項憑證若經查核有不符規定情事，本人願負一切法律責任並自願退還所領取之補助費，絕無異議。

此致

臺南市政府衛生局

領款人：陳00 (存簿持有人簽章)

身分證號碼：A111233556

住址：臺0市00區00里00鄰000之321號

電話：6116111.0999121400

中 華 民 國 年 月 日

同意書

(核5)

申請人 陳00 (身心障礙者) 申請身心障礙者醫療輔具，因行動不便，無法至郵局、農會或銀行辦理存摺，請准予轉帳家屬 陳00 (與家屬關係：父子) 存摺，局號 帳號 ，經查有不實情形，本人願負一切法律責任，繳回所有補助金而無異議。

此致

臺南市政府衛生局

申請人：陳00 (身心障礙者簽章)

身分證字號：A123456789

電話：6116111.0999121400

住址：臺0市00區00里00鄰000之321號

中 華 民 國 年 月 日