

## 臺南市身心障礙者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	□□□-□□ (與戶籍地不同者請將郵遞區號寫清楚) 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. 輪椅B款附加功能AB		2. 輪椅座墊B款		3. 氣墊床B款		4.	
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, 輔具得採現金給付或實物方式辦理, 並派員進行後續追蹤與輔導輔具使用情形。</p> <p>3. 全額補助或實物給付之輔具, 得於申請人再次申請同項輔具補助時辦理回收; 其已無輔具使用需求者, 亦同。</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。</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(須註明症狀及所須輔具名稱)。 <input type="checkbox"/> 5. 三個月內輔具評估建議書正本(申請人應自存影本1份以利購置輔具)。 <input type="checkbox"/> 6. 學生證或在學證明(僅18歲以下或25歲以下國內日間部學生申請助聽器需檢附) <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)(項次22-27特製機車應檢附特製車駕照、項次113-133居家無障礙設施房屋所有權狀影本(非自有房屋者, 須附租賃契約書影本、房屋所有權狀影本及屋主出具之施工同意書))。 (4-7項係依申請項目檢附不同之文件, 應備文件係依本辦法、基準表及其他相關規定。)							
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 1. _____ 3. _____ 2. _____ 4. _____				核章	承辦人		
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: 1. _____ 新臺幣 _____ 元, 最低使用年限 _____ 年 2. _____ 新臺幣 _____ 元, 最低使用年限 _____ 年 3. _____ 新臺幣 _____ 元, 最低使用年限 _____ 年 4. _____ 新臺幣 _____ 元, 最低使用年限 _____ 年 <input type="checkbox"/> 不符合補助, 退件原因:				核章	複審人員		
						承辦人		
						科長		
						局長		

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  
社會局委託臺南市輔具資源中心辦理免費定點開立輔具評估書之服務: 無障礙福利之家(東區林森路二段500號) 服務電話06-2098938、官田老人養護中心(官田區隆本里中華路一段325號) 服務電話: 06-5790636。



## 臺南市身心障礙者輔具補助核銷請款書

(核1)

身障者姓名	陳00	身份證字號	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)。保固書應載明產品規格(含身心障礙者輔具費用基準表所定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"/> 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。)(申請特製機車請款時須檢附特製車輛之行照影本,再度申請特製機車(含修訂前之「特製三輪機車」)時,應於請款時檢附原機車報廢證明。) *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				
<b>代理申請委託(授權)書</b>					
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	輪椅B款附加功能A	輪椅座墊C款	氣墊床B款		
受託人身份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 輔具補助費計新臺幣      萬      千      百      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

臺南市政府社會局

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) 申請身心障礙者生活輔具，因行動不便，無法至郵局、農會或銀行辦理存摺，懇請准予轉帳家屬 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

臺南市政府社會局

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

# 切 結 書

(備1)

申請人\_\_\_\_\_ (身心障礙者)，曾於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日申請 (輔具名稱) \_\_\_\_\_ 因 (請寫明原因) \_\_\_\_\_

無法辦理回收，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

臺南市政府社會局

申請人： (身心障礙者簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡住址：

中 華 民 國 年 月 日

\*無法檢附報廢證明或於申請人再次申請同項輔具補助無法辦理回收者。

# 切 結 書

(備2)

申請人 (家屬) 陳00 代 (身障者) 陳00 申請身心障礙者生活輔助器具 氣墊床B款，因 (請寫明原因) 確實於家中使用 籍在人不在，確實在 (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

臺南市政府社會局

立書人簽名：陳00

身分證字號：A111233556

聯絡電話：6116111.0999121400

蓋章：

與身障者關係：父子

聯絡住址：臺0市00區00里00鄰000之321號

中 華 民 國 年 月 日

\*限居家使用之項目，需於家屬家中使用者。