

苗栗縣身心障礙者醫療輔具費用核銷申請書

申請日期： 年 月 日

身心障礙者姓名		身分證字號	聯絡電話	
聯絡地址				
項次	核定補助項目	核定補助金額	實際購置金額	
1		元		元
2		元		元
3		元		元
4		元		元
應檢附文件	如後附表單內容			
切結書	茲具結 _____ (身障者姓名) 確實已購買苗栗縣政府長期照護管理中心核定補助之醫療輔具，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： _____ 身分證字號： _____ 蓋章： _____ 中華民國 年 月 日			
初審意見及核章	<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：(請勾選 <input type="checkbox"/> 退件 <input type="checkbox"/> 補件)			
	<input type="checkbox"/> 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定			
	承辦人	課長	鄉鎮市長	
複審結果及核章	<input type="checkbox"/> 不符合本縣身心障礙者醫療輔助器具補助標準規定不予核銷			
	<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			
	承辦人		單位首長	
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。 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。			

項目	應檢具之證明文件
<input type="checkbox"/> 1. 電動拍痰器	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日府照管字第____號 <input type="checkbox"/> 申請人委託匯款書
<input type="checkbox"/> 2. 抽痰機	<input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之購買憑證【發票或收據（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）正本】。
<input type="checkbox"/> 3. 化痰機(噴霧器)	<input type="checkbox"/> 委託書或改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 居家使用切結書。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。
<input type="checkbox"/> 4. 雙相陽壓呼吸輔助器	<input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據(限申請雙向陽壓呼吸輔助器、氧氣製造機)。
<input type="checkbox"/> 5. 單相陽壓呼吸輔助器	<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輔具費用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"/> 6. 血氧偵測儀(血氧機)	
<input type="checkbox"/> 7. 氧氣製造機	<input type="checkbox"/> 照片二張，一需為清楚呈現所購置之輔具全貌，另一為使用者使用該輔具之照片。
<input type="checkbox"/> 8. USP 不斷電系統	<input type="checkbox"/> 應檢附輔具供應商出具保固書之影本：(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)、
<input type="checkbox"/> 9. 壓力衣-A 款-頭頸	<input type="checkbox"/> 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"/> 10. 壓力衣-B 款-肩胸腹背	
<input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-C 款-右上肢	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日苗照管字第____號 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12. 壓力衣-D 款-左上肢	<input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之購買憑證【發票或收據（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）正本】。
<input type="checkbox"/> 13. 壓力衣-E 款-腰臀大腿	<input type="checkbox"/> 委託書或改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 申請人委託匯款書
<input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-F 款-右下肢	<input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據(限壓力衣)。
<input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-G 款-左下肢	
<input type="checkbox"/> 16. 矽膠片	<input type="checkbox"/> 應檢附輔具供應商出具：經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號 <input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日苗照管字第____號 <input type="checkbox"/> 申請人委託匯款書 <input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之購買憑證【發票或收據（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）正本】。 <input type="checkbox"/> 委託書或改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。
<input type="checkbox"/> 1. 人工電子耳植入手術費用	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日苗照管字第____號 <input type="checkbox"/> 申請人委託匯款書 <input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之購買憑證【發票或收據（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）正本】。 <input type="checkbox"/> 委託書或改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據。
雙相陽壓呼吸輔助器租賃	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日苗照管字第____號 <input type="checkbox"/> 申請人委託匯款書 <input type="checkbox"/> 核定日起六個月內之租賃憑證【發票或收據（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）正本】。 <input type="checkbox"/> 委託書或改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。 <input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據。

委 託 書

本人_____因故未能親自向貴府提出申請醫療輔具費用補助，特委託

_____先生

(與本人關係為_____，附身分證正反面影本)

_____女士

持相關之文件代為辦理，請惠予受理，如有虛偽，願負法律責任。

此致

公所並請轉送苗栗縣政府長期照護管理中心

委託人姓名：

身分證統一編號：

電話：

戶籍地址：

委託人身分證正面影本

委託人身分證反面影本

受委託人姓名：

身分證統一編號：

電話：

戶籍地址：

受委託人身分證正面影本

受委託人身分證反面影本

中 華 民 國 年 月 日

居家醫療輔具切結書

具結人_____申請身心障礙者醫療輔具費用補助，願意遵守身心障礙者輔具費用補助辦法相關規定辦理，倘有不實之行為，願負法律責任，並將該補助款繳回，特立此書。

申請（電動拍痰器抽痰機化痰機(噴霧器)雙相/單相陽壓呼吸輔助器血氧偵測儀氧氣製造機USP 不斷電系統）之輔具補助，確屬居家使用。

此致

苗栗縣政府長期照護管理中心

具結人：_____ 簽名（蓋章）
（本人或法定代理人或監護人）：

身分證字號：_____ 連絡電話：_____

地址：_____

受委託具結人：_____ 簽名（蓋章）

與申請人之關係：_____

身分證字號：_____ 連絡電話：_____

地址：_____

中 華 民 國 年 月 日

改匯帳戶切結書

本人請領苗栗縣政府長期照護管理中心「身心障礙者醫療輔具費用」給付，委由_____（與本人關係為_____）之金融機構_____帳號_____請領(檢附委託匯款書)，惠請核撥。

此 致

苗栗縣政府長期照護管理中心

委託人： 簽章

身分證統一編號：

地址：

電話：

受託人： 簽章

身分證統一編號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

苗栗縣身心障礙者醫療輔器保固切結書

立切結廠商_____ (公司、行、號)確實於_____年_____月_____日售予(讀者姓名)_____君下列輔助器具，且該輔具符合苗栗縣政府醫療輔具補助辦法相關規定，規格與功能符合身心障礙者之需求及輔具評估報告書之建議內容，正確無訛，若經檢測有不符之情事，亦願配合改善或更換，如有不實或無法履行廠商之應提供配件更換及改善之責任，願負法律責任。

輔具名稱：_____廠牌：_____型號：_____

序號：_____醫療器材查驗登記字號：_____

規格及配件：_____

保固起訖日期：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止，有保養修復之責

保固內容：_____

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

此致

苗栗縣政府長期照護管理中心

保固切結書正本應予購買人留存，影本請浮貼於此處

售出單位(公司行號)：_____ 印負責人：_____ 印

營利事業統一編號：_____電話號碼：_____

營業所地址：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請提供產品照片及申請者使用輔具照片各一張

領款收據

茲向苗栗縣政府長期照護管理中心領到
身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具
補助新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此據

領款人： 簽章：

身份證字號： 電話：

住址：

中華民國 年 月 日

切結書

茲具結 君確實已完成

身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具購買、租借
並已在使用中，如有不實、轉售或借由他人使用，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： 電話：

住址：

中華民國 年 月 日

委託建檔機關（單位）：

108年4月22日版

承辦人：

電話：

苗栗縣政府財政處庫款支付科

委託匯款書

中華民國 年 月 日

- 一、為提升服務品質，已將應付款項委請台灣銀行苗栗分行以匯款方式辦理。
- 二、為利辦理受款人之匯款資料，請詳細填寫下列各項資料，蓋妥公司章與負責人章後，交各請款單位，以為匯款之依據。
- 三、各業務單位應確實核對廠商帳戶名稱、存摺及廠商印章是否一致（因退匯會加收手續費）後，再行遞送至本科，以為碰檔之用。
- 四、貴公司帳號資料倘有變更者，請重新填寫本匯款書以利更正資料檔。
- 五、付款時將提供入帳通知，敬請提供e-mail帳號，以憑通知付款訊息。

帳 戶 名 稱				營利事業統一編號 或身分證字號	
銀行名稱及代號					
帳 號					
聯 絡 電 話	() -	手機號碼			
通 訊 地 址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣 市	鄉 鎮 市	村 里	街 路 巷 號 樓
付 款 通 知	(請詳填下列 e-mail 帳號及傳真號碼，並核對英文字母大小寫，以確保付款訊息之通知。)				
e-mail				傳 真 號 碼	

存摺封面影本黏貼處

- 1、填妥後請先將本委託書交各請款單位。
- 2、請黏貼最新存摺封面影本。

此致

苗栗縣政府

委託人蓋章（團體或公司行號請加蓋公司章與負責人章）

改 匯 帳 戶 切 結 書

本人請領苗栗縣政府長期照護管理中心「身心障礙者醫療輔具費用」給付，委由_____（與本人關係為_____）之金融機構_____帳號_____請領(檢附委託匯書)，惠請核撥。

此 致

苗栗縣政府長期照護管理中心

委託人： 簽章

身分證統一編號：

地址：

電話：

受託人： 簽章

身分證統一編號：

地址：

電話：

中華民國 年 月 日

