

單位名稱（廠商店名） 函

廠商地址：  
聯絡人：000  
聯絡電話：000-0000  
傳真：000-000000

受文者：苗栗縣政府

發文日期：中華民國 年 月 日

發文字號：（自行編列每月文號不能重複，例如：11X年單位名稱字第001號）

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件： \_\_\_月核銷資料

主旨：檢送單位名稱 辦理「苗栗縣身心障礙者醫療輔具補助費用」  
\_\_\_月核銷資料，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據貴府 年 月 日○○○字第 號函辦理。  
（依收到苗栗縣府簽約或續約發的文為主 登打公文上簽約發文日期及發文字號）
- 二、檢送核銷資料：領據、申請服務項目月清冊表、申請人核銷表單。

單位大小印

# 苗栗縣廠商代償墊付資料檢核表

送件申請日期：

檢送(廠商名稱)\_\_\_\_\_辦理苗栗縣輔具代償墊付服務補助款案，本次請領\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_等\_\_\_\_人核銷資料。

檢附文件 (須具備請✓)	檢核項目
領款收據	請廠商確認銀行及帳戶名稱、銀行帳號是否正確，並請在適當位置加蓋單位大小章。
請款清冊	1. 請廠商在適當位置加蓋單位大小章。 2. 本表單為系統產出，並請橫式列印。
輔具支出憑證 黏貼存單	1. 請在憑證黏貼處貼上購買憑證，購買憑證須為正本，發票或收據請務必填寫買受人及其他必要資訊(出具收據廠商需經國稅局核定免用統一發票)，並加蓋統一發票專用章或免用統一發票專用章。 2. 請廠商在適當位置加蓋單位負責人小章。 3. 本表單為系統產出。
輔具購買 補助證明	1. 本表單請個案用印或簽名。並請廠商在適當位置加蓋統一發票專用章或免用統一發票專用章。 2. 本表單為系統產出。
核定公文	該公文為苗栗縣政府所核發，正本或影本皆可。
產品保固書	保固書應載明產品規格(含身心障礙者輔具費用補助辦法、身心障礙者輔具費用補助基準表、身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法及附表：醫療費用及醫療輔具補助標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、保固服務聯繫電話及其他必要資訊，另部份輔具應標示經中央主管機關醫療器材查驗合格之登記字號或標示經國家通訊主管機關型式認證審驗合格之標籤號碼。
居家醫療輔具 切結書	依據身心障礙者輔具費用補助辦法、身心障礙者輔具費用補助基準表、身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法、附表：醫療費用及醫療輔具補助標準表等相關法規所定，部份輔具使用時有其限制使用地點或需自備相關設備一同使用，本表單請民眾填寫並簽名或用印。

請加蓋單位大小章

# 領款收據

115.02.02 修正

茲收到苗栗縣政府特約本單位辦理苗栗縣『身心障礙者醫療輔具』11X 年度\_\_月醫療輔具補助費用，共計新台幣 萬 仟 佰 拾元整(請用大寫金額)。所送各項憑證若經查核有不符規定情事，特約單位自願退還所領取之費用。所領補助款皆依據印花稅法相關規定辦理，如涉及詐欺或其他不法行為請領補助費用，願負一切法律責任，絕無異議。

此 致

苗栗縣政府

單位大小印

領款廠商：\_\_\_\_\_

蓋章：

統一編號：\_\_\_\_\_

單位負責人：\_\_\_\_\_

經辦人：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

銀 行：\_\_\_\_\_ 銀行代碼：\_\_\_\_\_

戶 名：\_\_\_\_\_

銀行帳號：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日

委託建檔機關（單位）：苗栗縣政府

115年2月2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。

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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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	

- 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。

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）







# 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(申請者  
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

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

## 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

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：

**【每月5日前送至本處】**

**醫療輔具**

1. 當月核銷送府公文（廠商自己發的文）
2. 當月請款領據（使用此檔案的的2頁版本，勿使用系統產出的）
3. 輔具購買補助證明（系統產出，勿修改）
4. 輔具服務支出憑證黏存單
5. 苗栗縣長期照顧輔具購買廠商保固切結書

**\*\*苗栗縣政府財政處庫款支付科委託匯款書（限初次核銷才需附上）**