

## 苗粟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				
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補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。				

擬：一、因應 110 年 6 月 17 日衛福部來函修正「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」，修正醫療輔具核銷申請書內容。

二、配合「醫療復健費用及醫療輔具補助標準表」實施日期，本申請書自 111 年 1 月 1 月起開始使用。

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"/> 委託書
<input type="checkbox"/> 2. 非蓄電式抽痰機	<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. 蓄電式(交直流兩用)抽痰機	<input type="checkbox"/> 居家醫療輔具切結書 <input type="checkbox"/> 改匯帳戶切結書。
<input type="checkbox"/> 4. 化痰機(噴霧器)	<input type="checkbox"/> 身心障礙者醫療輔具保固書：
<input type="checkbox"/> 5. 血氧偵測儀(血氧機)	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. 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"/> 7. 咳嗽(痰)機 (Cough Assist Machine)	<input type="checkbox"/> 領款收據 <input type="checkbox"/> 委託匯款書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。
<input type="checkbox"/> 8. 單相陽壓呼吸器 (C-PAP Continuous Positive Airway Pressure)	<input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據(限申請咳嗽(痰)機、單相陽壓呼吸器、雙相陽壓呼吸器、氧氣製造機)。
<input type="checkbox"/> 9. 雙相陽壓呼吸器 (Bi-PAP：Bilevel Positive Airway Pressure)	<input type="checkbox"/> 租賃契約書(限咳嗽(痰)機、單相陽壓呼吸器、雙相陽壓呼吸器)
<input type="checkbox"/> 10. UPS 不斷電系統	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：____年____月____日府照管字第_____號 <input type="checkbox"/> 委託書
<input type="checkbox"/> 11. 壓力衣-A 款項-頭部、 頸部	<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)、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"/> 12. 壓力衣-B 款項-肩部、 胸部、腹部、背部	<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-C 款項-右上 臂、右肘、右前臂	<input type="checkbox"/> 改匯帳戶切結書。
<input type="checkbox"/> 14. 壓力衣-D 款項-右手、 右腕	<input type="checkbox"/> 委託匯款書
<input type="checkbox"/> 15. 壓力衣-E 款項-左上 臂、左肘、左前臂	<input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。
<input type="checkbox"/> 16. 壓力衣-F 款項-左手、 左腕	<input type="checkbox"/> 領款收據
<input type="checkbox"/> 17. 壓力衣-G 款項-腰部、 臀部、左大腿、右大腿	<input type="checkbox"/> 醫療輔具評估報告費用收據(限壓力衣)。
<input type="checkbox"/> 18. 壓力衣-H 款項-右小腿	
<input type="checkbox"/> 19. 壓力衣-I 款項-右踝、 右足	
<input type="checkbox"/> 20. 壓力衣-J 款項-左小腿	
<input type="checkbox"/> 21. 壓力衣-K 款項-左踝、 左足	

<input type="checkbox"/> 22. 矽膠片	<input type="checkbox"/> 本府核定補助同意函：__年__月__日苗照管字第_____號 <input type="checkbox"/> 委託書 <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"/> 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"/> 改匯帳戶切結書。 <input type="checkbox"/> 委託匯款書 <input type="checkbox"/> 診斷證明書收據。 <input type="checkbox"/> 領款收據
<input type="checkbox"/> 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"/> 委託書 <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"/> 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。 <input type="checkbox"/> 委託匯款書 <input type="checkbox"/> 領款收據
<input type="checkbox"/> 開具診斷證明書費用	<input type="checkbox"/> 收據 （申請本表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所需診斷證明書之費用申請）
<input type="checkbox"/> 開具醫療輔具評估報告書費用	<input type="checkbox"/> 收據 （申請本表所列醫療輔具項目補助時，應同時提出該醫療輔具項目所需醫療輔具評估報告書之費用申請）

# 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  
女士 (與本人關係為\_\_\_\_\_，附身分證正反面影本)

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

委託人姓名：

簽名(蓋章)

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：

簽名(蓋

章)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





# 改 匯 帳 戶 切 結 書

本人請領苗栗縣政府「身心障礙者醫療復建費用及醫療輔具費用」給付，委由

\_\_\_\_\_（與本人關係為\_\_\_\_\_檢附相關親屬關係證明文件）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

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

請提供產品照片及申請者使用輔具照片各一張

# 苗栗縣身心障礙者醫療輔具保固切結書

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

售出單位(公司行號)：\_\_\_\_\_ 負責人：\_\_\_\_\_  
營利事業統一編號：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_  
營業所地址：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 領款收據

茲向苗栗縣政府領到

身心障礙者醫療復建費用及醫療輔具  購買  租賃  
補助新台幣 萬 仟 佰 拾 元整

此據

領款人：

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）：  
承辦人：  
電話：

108 年 4 月 22 日版

## 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

印章

委託人蓋章（團體或公司行號請加蓋公司章與負責人章）