

苗栗縣身心障礙者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		
應檢附件		☐ 本府/苗栗縣輔具資源中心核定補助同意函：____年____月____日()____號 ☐ 委託書、無郵局帳號切結書或申請人郵局儲金簿封面影本。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 核定日起六個月內之購買憑證。 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。 ☐ 其他：			
切結書		茲具結____（身障者姓名）確實已購買本府/苗栗縣輔具資源中心核定補助之輔助器具，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		☐ 不符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定：（請勾選 ☐ 退件 ☐ 補件） ☐ 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定 公所承辦人 業務主管 單位主管 _____			
複審結果及核章		☐ 不符合本縣身心障礙者生活輔助器具補助標準規定不予核銷 ☐ 符合本縣身心障礙者輔具費用補助標準規定准予核銷 承辦人 業務主管 單位主管 _____			
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。			

委 託 書

本人_____因故未能親自向貴府提出申請輔助器具費用補助，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：

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

郵 局 存 摺 正 面 影 本

無 郵 局 存 摺 切 結 書

本人請領苗栗縣政府「身心障礙者輔具費用補助」，因未在郵局開立帳戶，委由（姓名）_____（與本人關係為_____

*限二親等或同戶籍親屬關係並檢附相關證明文件）之郵局局號_____

帳號_____請領，惠請核撥。

此 致

苗栗縣政府

委託人：

印

身分證統一編號：

電話：

地址：

受委託人：

印

身分證統一編號：

電話：

地址：

中 華 民 國 年 月 日

保固書

購買日期： 年 月 日

姓名			出生日期		
地址					
購買日期			廠牌	左	
				右	
產品型號	左		產品序號	左	
	右			右	
保固期限	年 月 日至 年 月 日				
醫療器材許可證字號					
公司名稱					
統一編號					
負責人					
電話					
補助項目	☐ 助聽器-簡易型	☐ 助聽器-中階型	☐ 助聽器-進階型	☐ 助聽器-雙對側傳聲型	
項次	功能	勾選功能（左）		勾選功能（右）	
1	具6個以上可單獨調整壓縮參數	☐		☐	
2	多聆聽程式	☐		☐	
3	至少1種自適應噪音消除	☐		☐	
4	方（指）向性麥克風	☐		☐	
5	配戴時可自動消除迴饋音。	☐		☐	
6	自動情境辨識（切換）功能	☐		☐	
7	雙耳同步功能	☐		☐	
8	資料記錄	☐		☐	
9	學習（可訓練）功能	☐		☐	
10	頻率壓縮、搬移	☐		☐	
11	無線傳輸系統相容	☐		☐	
12	遙控裝置相容	☐		☐	
13	線圈系統相容	☐		☐	
14	內建實耳測量功能。	☐		☐	

請提供產品照片及申請者使用輔具照片各一張

統一發票（收據）黏貼用紙

———憑證黏貼處（收據）———

（請 浮 貼）

身心障礙者：

身份證字號：

郵局儲金簿局號：

郵局儲金簿帳號：

受託入帳者：

身份證字號：

與身心障礙者關係：

審	核	結	果	欄
核定補助				
元				