

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：苗栗縣政府長期照護管理中心

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、依據貴中心 年 月 日府照管字第 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

110.02.08 修正

茲收到苗栗縣政府長期照護管理中心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

苗栗縣政府長期照護管理中心

領款廠商：_____

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：_____

蓋

單位大小印

中 華 民 國 年 月 日

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		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
蓋公司章與負責人章)



委託人蓋章 (團體或公司行號請加

請款清冊

此為範本

特約單位名稱：

簽約代碼：

會計年度：

月份：

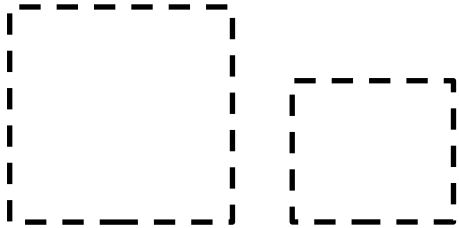
編號	購買日期			個案姓名	身分證字號	福經濟概況別	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	統一發票號碼	核定給付金額	購買金額	申請給付金額	民眾部分負擔金額
	年	月	日												
合計															

承辦人核章

業務主管/業務負責人核章

廠商用印

註：購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總



輔具服務支出憑證黏存單

廠商名稱: _____

黏存單 編號	項目	單據金額						備註
		拾萬	萬	千	佰	拾	元	共 人
1	輔具 (詳如服務 費用項目清 冊)							
經手人				負責人				

憑證 1 黏貼處

憑證 2 黏貼處

憑證 3 黏貼處

憑證 4 黏貼處

憑證 5 黏貼處

***每張黏存單以五人為限**

輔具購買補助證明

本人 （個案姓名）確已收到 （廠商名稱）販售之輔助器具，明細如下表，本人同意經廠商申報下列輔具給付額度後，自本人長照輔具服務額度中扣除，所請代辦之憑證若經縣市政府查核有不符規定情事，願自行負擔購買費用，且如涉及詐欺或其他不法行為請領給付費用，願負一切法律責任，絕無異議。

購買明細：

單位：元

編號	輔具項目名稱	產品廠牌	產品型號	產品序號	購買金額	申請給付金額	民眾部分負擔
1							
2							
3							
4							
5							
6							

註：購買金額應等於申請給付金額及民眾部分負擔之加總。

此 致

苗栗縣政府

申請人簽名或蓋章：_____ 身分證字號：_____

聯絡電話：_____

受託人簽名或蓋章：_____ 身分證字號：_____

受託人與申請人之關係：_____

（空白處加蓋廠商大小章及統一發票章）

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（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

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：

【每月5日前送至中心】

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）**