第一版 107.05.07

附件二

嘉義縣輔具資源中心

輔具媒合單

編號：

申請日期：　　媒合地點□中心 □定點 □到宅

申請人姓名		身份證字號	
生日		聯絡電話	(1) (2)
聯絡地址			
經濟別	□一般戶 □中低收入戶 □低收入戶	身分別	□一般民眾 □身心障礙者
需求輔具			
聯絡人姓名		聯絡電話	

審核	□不符合媒合之規定，說明： □符合媒合之規定，說明： □不符合輔具補助申請資格 □經濟困難：□中低收入戶 □低收入戶 □其他：_____ □中心庫存充足，且經評估確有使用需求 □其他： 媒合輔具/編號：　　媒合日期：

承辦人員		單位主管	